

**Anlage 18**

**Bezeichnung und Adresse des Lehrgangs bzw. der Schule,  
Rechtsträger sowie DVR-Nummer**

**AUSBILDUNGSBESTÄTIGUNG**

Herr/Frau .....,  
 geboren am ....., in .....,  
 hat an der Ausbildung .....  
 gemäß der MAB-Ausbildungsverordnung – MAB-AV, BGBI. II Nr. 282/2013,  
 von ..... bis .....teilgenommen und folgende Beurteilungen erlangt:

MAB-Basismodul Unterrichtsfächer	Beurteilungen/Wiederholungen

1. MAB-Aufbaumodul Unterrichtsfächer/Inhalte	Beurteilungen/Wiederholungen
2. MAB-Aufbaumodul Unterrichtsfächer/Inhalte	Beurteilungen/Wiederholungen
3. MAB-Aufbaumodul Unterrichtsfächer/Inhalte	Beurteilungen/Wiederholungen

Modul Fachbereichsarbeit	
Thema	Beurteilung/Wiederholungen
Kommissionelle Diplomprüfung	
Beurteilung/Wiederholungen	

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung eines medizinischen Assistenzberufs.

....., am .....

Der Leiter/Die Leiterin bzw. Der Direktor/ Die Direktorin: