

Anlage 22

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

BESTÄTIGUNG ÜBER DIE EIGNUNGSPRÜFUNG

Herr/Frau.....,
 geboren am, in.....,
 hat die im Bescheid des/der Bundesministers/in für Gesundheit vom,
 GZ, vorgeschriebene Eignungsprüfung gemäß der MAB-Ausbildungsverordnung –
 MAB-AV, BGBI. II Nr. 282/2013, abgelegt und folgende Beurteilungen erlangt:

Eignungsprüfung	
Ausbildungsinhalte	Beurteilung /Wiederholungen

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung eines medizinischen Assistenzberufs.

....., am

Für die Prüfungskommission:

Der/Die Vorsitzende:

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