

**Anlage 23**

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

**BESTÄTIGUNG ÜBER DIE ERGÄNZUNGS-AUSBILDUNG**

Herr/Frau.....,  
 geboren am ....., in.....,  
 hat an der im Bescheid des/der Landeshauptmanns/-frau von/der .....,  
 vom ....., Zl ....., vorgeschriebenen Ergänzungsausbildung gemäß der  
 MAB-Ausbildungsverordnung – MAB-AV, BGBI. II Nr. 282/2013, teilgenommen und folgende  
 Beurteilungen erlangt:

<b>Ergänzungsausbildung</b>	
Ausbildungsinhalte/Praktika/ Fachbereichsarbeit	Beurteilung /Wiederholungen

Die Ergänzungsausbildung wurde mit / ohne Erfolg absolviert bzw. abgebrochen.

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: