

ANSUCHEN
um Ausstellung eines Abschlusszeugnisses
(Bitte alle Daten **vollständig** und in Druckschrift angeben.)

Ich bestätige hiermit, dass (Vor/Nachname)
geb: , wohnhaft (Str. Hausnr.Plz.)
in meiner Ordination von bis
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

die 3-jährige praktische Ausbildung im Umfang von 40 Std./Woche beendet hat.

Frau/Herr besuchte im Schuljahr den
zweisemestrigen theoretischen Lehrgang der Fortbildungsakademie für den Zahnarzt und sein Team,
AssistentInnenschule, der Landes Zahnärztekammer Salzburg.

Ordinationsstempel und Unterschrift des ansuchenden Arztes:

Bei Ordinationswechsel während der 3-jährigen praktischen Ausbildung, geben Sie bitte den Namen
und den Anstellungszeitraum der jeweiligen Ordination bekannt. Dies muss mit Ordinationsstempel und
-unterschrift des Zahnarztes (Dienstgebers) bestätigt werden.

Ordination: Stempel/Unterschrift:
von bis
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

Ordination: Stempel/Unterschrift:
von bis
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)