Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsstelle Halle
Am Kirchtor 9
06108 Halle (Saale)
Telefon: 0345 3880936
Fax: 0345 2902025
Internet: www.aeksa.de
E-Mail: deutsch-sprachtest@aeksa.de

Anmeldung zum Deutsch-Sprachtest

persönliche Angaben
(bitte am PC ausfüllen und per E-Mail senden)

Anrede: ○ Herr ○ Frau Titel _____

Vorname: _____ (wie im Reisepass) Name: _____ (wie im Reisepass)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort-/Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Privatanschrift: _____ Straße Telefon: _____

_____ PLZ/Ort

E-Mail: _____

Antrag auf Berufserlaubnis oder Approbation beim Landesverwaltungsamt/Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Sachsen-Anhalt wurde gestellt

am: _____ ☐ Kopie der Eingangsbestätigung ist beigefügt.

Zertifikat GER-Sprachniveau B2 oder höher erworben:

Ort/Jahr: _____ (nicht älter als 5 Jahre)

(bitte Zertifikat als beglaubigte Kopie beifügen)

Prüfungsart

○ Erstprüfung ○ Wiederholungsprüfung

Teilnahme an der Prüfung

○ ab sofort ○ 12 Wochen ab Antragstellung zur Visumbeantragung

☐ Kopie des Reisepasses ist beigefügt.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift