

Antrag auf Erteilung eines Certificate of good standing



Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz

Eingang der Unterlagen am:

► **Aktenzeichen** ◀ (nur durch die Behörde auszufüllen)

1. Angaben zur Person

Frau Herr Person

Familienname, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Geburtsdatum	Geburtsort/-land		Staatsangehörigkeit
Telefon		E-Mail	
Land in dem das Certificate vorgelegt werden soll		Jetzige Beschäftigungsstelle	

2. Beizufügende Unterlagen:

- amtlich beglaubigte Kopie der Erlaubnisurkunde
- strafrechtliche Erklärung (siehe Seite 2 des Antrags)
- amtlich beglaubigte Kopie eines gültigen Personalausweises bzw. Reisepasses
- erweitertes polizeiliches Führungszeugnis (Belegart „OE“; Führungszeugnis für Behörden)
- ärztliche Bescheinigung (siehe Seite 3 des Antrags)
- Tätigkeitsnachweise mit der Angabe, wo Sie zuletzt in Deutschland gearbeitet haben

Das Certificate of good standing ist kostenpflichtig und wird mit € 52,00 in Rechnung gestellt.

Bitte auf Seite 2 des Antrags unterschreiben!

Bitte einreichen bei ▼

┌

┐

Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz
Referat 20
Faulenstraße 9/15
28195 Bremen

└

┘

1. Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

- Ich versichere, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, kein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist oder war. Sollte ein Verfahren anhängig sein oder gewesen sein, werde ich den Grund für die Einleitung des Verfahrens und das Aktenzeichen, unter dem das Verfahren bei der ermittelnden Institution geführt wird, nachfolgend angeben.

Eine entsprechende Erklärung kann ich nicht abgeben, weil

Ort, Datum eigenhändige Unterschrift der antragstellenden Person

Hinweis:

Der Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn das Antragsformular vollständig ausgefüllt ist **und** die erforderlichen Unterlagen vorliegen.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Führung einer
Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf oder zur Ausübung eines
Heilhilfsberufs

Vorname, Name:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Straße:

PLZ / Ort:

ist am.....von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die obengenannte Person in gesundheitlicher Hinsicht
zur Ausübung des unten genannten Berufs nicht ungeeignet ist. ¹⁾

Besondere Hinweise:

....., den

Ort

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

1) Eine entsprechende Bestätigung darf nicht ausgestellt werden, wenn eine auf einer Krankheit, Behinderung oder Sucht beruhende gesundheitliche Einschränkung so gravierend ist, dass sie die körperlichen und/oder geistigen Kräfte der/des Antragstellerin/Antragstellers in einer Weise schmälert, dass diese/r zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des entsprechenden Berufs nicht befähigt ist.