

Bestätigung

(jeweils vor den Teilprüfungen zu unterschreiben)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich mich körperlich, geistig und seelisch in der Lage fühle, an den unten aufgeführten Teilen der staatlichen Abschlussprüfung in der generalistischen Pflegeausbildung teilzunehmen:

Praktischer Prüfungsteil:

Ort

Datum

Unterschrift

Schriftlicher Prüfungsteil:

Ort

Datum

Unterschrift

Mündlicher Prüfungsteil:

Ort

Datum

Unterschrift
