

ZULASSUNGSANTRAG P3

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie, Integration

P3

Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 11311
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Ansprechpartnerin:
Frau Blumhagen
Telefon: +49 40 42837-3782
E-Mail: nicole.blumhagen@soziales.hamburg.de
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung im Sommer/ Winter 20__

Ich beantrage hiermit die Zulassung zur o.g. Prüfung unter Vorlage der nachstehend aufgeführten Unterlagen gemäß § 6 Abs. 5 der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO).

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	Frau O	Herr O
Name		
Vorname/n (laut Geburtsurkunde)		
Geburtsdatum / -ort		
Geburtsname (falls abweichend)		
Staatsangehörigkeit (s. Download Schlüsselliste 1)		
Telefon-Nr. / E-Mail		
<u>Meldeanschrift*</u> Straße / Hausnummer PLZ + Ort		

*an diese Anschrift werden alle Prüfungsmitteilungen versandt.

Ich würde gern gemeinsam mit Frau/Herrn _____ geprüft werden.

Mein Ausbildungsende: ____ . ____ . _____

⇒ _____ ⇐
Ort, Datum, Unterschrift

ZULASSUNGSANTRAG P3

Voraussetzungen für die Anmeldung sind, dass Sie bei der Antragsstellung die im Antrag unter Ziffer 1 bis 3 aufgeführten Nachweise vollständig vorlegen können.

Der Zulassungsantrag muss in der vom Landesprüfungsamt vorgeschriebenen Form mit allen Unterlagen (Pkt. 1 bis 3 des Antrages) dem Landesprüfungsamt bis spätestens

01. April / 01. Oktober

zugegangen sein.

Die fehlende/n Bescheinigung/en über die praktische Ausbildung zu Pkt. 4 des Antrages werde ich **schnellstmöglich nach Beendigung der Ausbildung** nachreichen.

Die vorstehenden Angaben habe ich unter Beachtung der Folgen vorsätzlich falscher Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht. Die Zustellung der Zulassung zum Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung kann unter der o.g. Anschrift erfolgen. Ich bin darüber informiert, dass ich umgehend den **Empfang der Zulassung zur o.g. Prüfung per E-Mail zu bestätigen habe.**

⇒ _____ ⇐

Ort, Datum Unterschrift

Ich habe das Dokument „Hinweise zum Rücktritt von einer Prüfung einschl. Versäumnisfolgen“ unter www.hamburg.de/landespruefungsamt/pharmazie > Downloadbereich zur Kenntnis genommen.

⇒ _____ ⇐

Ort, Datum, Unterschrift

ZULASSUNGSANTRAG P3

Folgende Unterlagen (Punkt 1 bis 4) sind gem. § 6 Abs. 5 AAppO im Original oder in amtlich beglaubigten Ablichtungen vorzulegen. **Sofern die Dokumente vom Landesprüfungsamt für Heilberufe in Hamburg ausgestellt wurden, ist eine erneute Vorlage nicht erforderlich.** Ausländische Bescheinigungen sind mit Übersetzungen vorzulegen.

NUR VOM LPA AUSZUFÜLLEN

1. **Zeugnis über den Ersten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung**

Prüfung am _____ in _____ LPA-Nr. _____

2. **Zeugnis über den Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung**

Prüfung am _____ in _____

3. **Bescheinigungen über die Teilnahme an den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen**

4. **Nachweis/e über die praktische Ausbildung:**

1. Ausbildungsstätte: _____

von _____ bis _____

Fehlzeiten:*) von _____ bis _____

2. Ausbildungsstätte: _____

von _____ bis _____

Fehlzeiten:*) von _____ bis _____

3. Ausbildungsstätte: _____

von _____ bis _____

Fehlzeiten:*) von _____ bis _____

*) Fehlzeiten sind Urlaub, Krankheit, etc.!!