

Absender

Zurück an:

Thüringer Landesverwaltungsamt Referat 550 Postfach 22 49 99403 Weimar	
---	--

## Antrag auf Erteilung der Approbation als Apotheker / Apothekerin

### Antragsteller/-in

Herr                      Frau

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit	Ausbildungsstaat		
PLZ	Wohnort	Straße	Nummer
Telefon	E-Mail		
Bevollmächtigter (durch Vollmacht nachgewiesen)			

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation (bzw. Berufserlaubnis) als Apotheker / Apothekerin

Ich beabsichtige, in Thüringen als Apotheker / Apothekerin zu arbeiten.

Ich versichere, dass ich aktuell in keinem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation als Apotheker / Apothekerin gestellt habe.

Ich habe in der Vergangenheit in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis gestellt:

nein

ja                      in: \_\_\_\_\_

**Diesem Antrag habe ich beigefügt**

1. Lebenslauf
2. Identitätsnachweise
  - a) Reisepass oder Personalausweis
  - b) Geburtsurkunde
  - c) ggf. zusätzlicher Nachweis bei Namensänderung ( z. B. Eheurkunde)
3. amtliches Führungszeugnis (bei der Vorlage nicht älter als 1 Monat)
  - ist beigefügt
  - ist beantragt und wird von der zuständigen Behörde direkt an das Thüringer Landesverwaltungsamt geschickt - Belegart O
4. Unbedenklichkeitsbescheinigung bzw. Certificate of Good Standing der bisher zuständigen Berufsorganisation (z.B. Apothekerkammer) oder Gesundheitsbehörde
5. ärztliche Gesundheitsbescheinigung (bei der Vorlage nicht älter als 1 Monat)
6. B2 - Sprachzertifikat (nach den Richtlinien des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen)
7. Zeugnis über die pharmazeutische Prüfung bzw. über den Abschluss der pharmazeutischen Ausbildung
8. - Konformitätsbescheinigung (bei EU-Abschluss)
  - Liste der Studienfächer mit Angabe der Stundenzahl - Anlage zum Diplom (bei Abschluss außerhalb der EU)
9. Bescheinigung über die bisherige Berechtigung zur Berufsausübung als Apotheker / Apothekerin (z.B. Arbeitslizenz, Berufserlaubnis bzw. Approbation)
10. Nachweise der bisherigen pharmazeutischen Tätigkeit
11. Nachweis einer abgeschlossenen Spezialisierung

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Zusätzliche Erklärungen**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht vorbestraft bin und dass ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen mich

nicht anhängig ist

anhängig ist      Aktenzeichen: \_\_\_\_\_      bei: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass alle eingereichten Unterlagen einschließlich der Übersetzungen zum Verbleib in Ihrer Behörde bestimmt sind. Ich habe keine Originalunterlagen eingereicht.

Mir ist bekannt, dass die Bearbeitung dieses Antrags gebührenpflichtig ist und dass Gebühren auch anfallen können, wenn der Antrag abgelehnt oder vor der abschließenden Bearbeitung von mir zurückgenommen wird.

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Hinweis zum Datenschutz**

Die Angaben zur Person sind Voraussetzung für die Bearbeitung des Antrages. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten erfolgt ausschließlich im Zusammenhang mit der Überprüfung der Approbationsvoraussetzungen und der Erteilung der Approbation. Eine Weitergabe an andere öffentliche Stellen (z. B. Landesapothekerkammer) erfolgt nur, soweit es zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist.