

Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber

Titel _____
Vorname _____ Name _____
Anschrift _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land _____
Dienststelle _____

Medizinstudium

vom _____ bis _____ Diplom ausgestellt am _____

in (Land) _____

ausstellende Universität _____

Deutsche Approbation mit Geltung vom _____

ausstellende Behörde _____

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- 1. Identitätsnachweis
- 2. Abschluss Medizinstudium/Diplom
- 3. Lebenslauf/beruflicher Werdegang
- 4. Zeugnisse über die ärztliche Tätigkeit bzw. Arbeitsbuch

Soweit die unter Nr. 1 bis 4 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie **zusätzlich in amtlich beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen für Deutschland öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.**

Sämtliche Unterlagen sind als amtlich beglaubigte Kopien oder Originale einzureichen.

Hinweise:

- Eine Antragsbearbeitung erfolgt erst nach Erteilung einer deutschen Approbation.
- Eine Anrechnung von Weiterbildungszeiten erfolgt nicht.
- Die Bescheinigung wird ausschließlich auf der Grundlage der Angaben der antragstellenden Person erstellt. Eine Überprüfung der Angaben und/oder der vorgelegten Urkunden erfolgt nicht.
- Für die Erteilung einer Bescheinigung zur tariflichen Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA ist eine Gebühr gemäß Anlage zu § 1 Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg Ziff. 1.1 zu entrichten. Hierüber ergeht ein gesonderter Gebührenbescheid.

Ich versichere, dass ich bei keiner anderen Ärztekammer einen Antrag auf tarifliche Einstufung gemäß § 19 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA gestellt habe.

Ich versichere weiterhin, dass die von mir gemachten persönlichen Angaben sowie die durch Unterlagen und Bescheinigungen nachgewiesenen Angaben zu Medizinstudium, ärztlicher Tätigkeit und beruflichem Werdegang richtig sind.

_____, _____

Ort

Datum

Unterschrift



Bezirksärztekammer
Nordwürttemberg

Antrag auf Erteilung einer Bescheinigung gemäß § 19 Abs. 2 Tarifvertrag Ärzte/kommunale Krankenhäuser zur Vorlage beim Arbeitgeber

Vorname _____ Name _____ geb. am _____

nur für Landesärztekammer:

Nr. 1	Zeitraum	vom _____ bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____	
Nr. 2	Zeitraum	vom _____ bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____	
Nr. 3	Zeitraum	vom _____ bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____	
Nr. 4	Zeitraum	vom _____ bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____	
Nr. 5	Zeitraum	vom _____ bis _____	
	Krankenhaus	_____ _____ _____	

Ort Datum Unterschrift