

Bezeichnung und Adresse des Dienstgebers

BESTÄTIGUNG ÜBER DEN ANPASSUNGSLEHRGANG

Herr/Frau

.....,
 geboren am in,
 hat den im Bescheid des/der Bundesministers/-in für Gesundheit vom,
 GZ, vorgeschriebenen Anpassungslehrgang gemäß der
 ZASS-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 283/2013, absolviert und folgende Beurteilungen erlangt:

Anpassungslehrgang	
Praktika/Kompetenzen	Dokumentation

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung der zahnärztlichen Assistenz / Prophylaxeassistenz.

....., am

Der/Die verantwortliche Zahnarzt/Zahnärztin