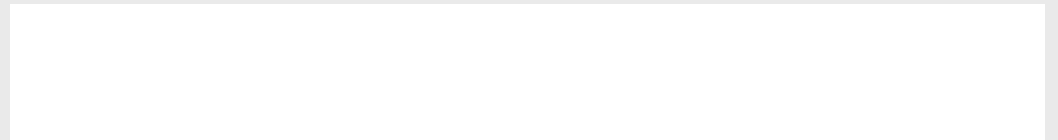




A n t r a g

auf Gleichwertigkeitsfeststellung der ausländischen Berufsqualifikation¹ als



mit dem Aufstiegsfortbildungsabschluss

Dentalhygieniker/in²

Stand: 15. März 2018

¹ Rechtsgrundlage: Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz NRW vom 28. Mai 2013 (GV. NRW S. 272)
² Rechtsgrundlagen: Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten, Fortbildungsordnungen für die Durchführung der beruflichen Aufstiegsfortbildungen zum/zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistent/in und zum/zur Dentalhygieniker/in



A Personenbezogene Angaben³

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geschlecht:

 Weiblich Männlich

Geburtsdatum:

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tag | | Monat | | Jahr | | | |

Geburtsort:

Geburtsland:

Staatsangehörigkeit:

B Anschrift und Kommunikationsdaten

Wohnort:

Postleitzahl:

Straße/Hausnummer:

ergänzende Adress-
hinweise:

Staat:

Telefon:⁴
 Mobilfunk:⁴
Fax:⁴
 E-Mail:⁴

³ Die Angabe einer Kontaktperson im Inland ist möglich, soweit Sie einen Antrag aus dem Ausland stellen (Bitte verwenden Sie hierfür das Feld „Ergänzende Angaben“, Buchst. G, Seite 5)

⁴ Angaben sind freiwillig, sie ermöglichen es aber, das Bearbeitungsverfahren bei Rückfragen schneller zu führen

C Angaben zum im Ausland erworbenen Ausbildungs- und/oder Studienabschlusses

Bezeichnung des Ausbildungs- und/oder Studienabschlusses (Originalbezeichnung und deutsche Übersetzung):

| |
|--|
| |
| |

Schwerpunkte und Inhalte der Ausbildung / des Studiums / ggf. unterschiedliche Fachrichtungen:⁵

| |
|--|
| |
| |

Staat der Ausbildung /
des Studiums:

| |
|--|
| |
|--|

Art der Ausbildung /
des Studiums:

- Schule / Hochschule
 Praxis / Betrieb
 Kombination von Schule / Hochschule / Praxis / Betrieb
 Sonstige (mit Erläuterung)

| |
|--|
| |
|--|

Dauer der Ausbildung /
des Studiums:

Beginn:
 Tag Monat Jahr

Ende:
 Tag Monat Jahr

Prüfungsort:

| |
|--|
| |
|--|

Prüfungsdatum:

 Tag Monat Jahr

Ausstellende Institution des Ab-
schlusszeugnisses:

| |
|--|
| |
| |

Anschrift der ausstellenden
Institution (oder soweit abwei-
chend, Anschrift einer anderen
Institution):

| |
|--|
| |
| |

⁵ Ergänzungen ggf. mit zusätzlicher Anlage

D Angaben zu sonstigen Befähigungsnachweisen⁶ (z. B. Teilnahme an beruflichen Weiterbildungen)

| Bezeichnung der Weiterbildung (Originalbezeichnung <u>und</u> deutsche Übersetzung) | Art der Weiterbildung a) Schule / Hochschule b) Praxis / Betrieb c) Kombination a) und b) d) Sonstige | Fachrichtung / Schwerpunkte der Weiterbildung | Zeitraum der Weiterbildung: • Beginn • Ende | Prüfungsdatum | Ausstellende Institution a) Name b) Straße, Haus-Nr. c) PLZ, Ort d) Land |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |

⁶ Sollte der Platz nicht für alle Angaben ausreichen, fügen Sie bitte dem Antrag formlos ein weiteres Blatt hinzu.

F Angabe zu vorherigen Anträgen⁸

Ich habe bereits einen Antrag auf Feststellung der Gleichwertigkeit meines Abschlusses nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) gestellt:

NEIN

JA

Antrag nach

BQFG

Bundesvertriebenengesetz (Spätaussiedler)

Antrag vom

| | | | | | | | |
|-----|--|-------|--|------|--|--|--|
| | | | | | | | |
| Tag | | Monat | | Jahr | | | |

Gestellt bei: _____

(Benennung der zuständigen Stelle)

Deutscher
Referenzberuf: _____

(Bitte Kopien des Antrages und des Bescheides beifügen)

G Ergänzende Angaben

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

⁸ Diese Erklärung soll Mehrfachanträgen mit dem gleichen Inhalt und Sachverhalt bei verschiedenen zuständigen Stellen ausschließen. Sie müssen nur solche Anträge angeben, die nach Inkrafttreten des BQFG seit 1. April 2012 gestellt wurden. Die Erklärung schließt selbstverständlich neue Anträge oder ein Wiederaufgreifen des Verfahrens bei neuer Sachlage nicht aus.

H Erklärung zur Erwerbsabsicht

Ich erkläre, dass ich in Deutschland eine Erwerbstätigkeit ausüben will.
(Die Erklärung entfällt für Staatsangehörige der EU / EWR / Schweiz und für Personen mit dortigem Wohnort)⁹

Ort / Datum

*Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(handschriftlich)*

I Abschlusserklärungen und Unterschriften

1. Ich versichere hiermit, dass alle meine Antragsangaben vollständig und richtig sind.
2. Ihre Angaben sind aufgrund der Vorschriften des BQFG für die Entscheidung über den Antrag von besonderer Bedeutung. Sollten Sie gem. § 19 BQFG NRW Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann der Antrag allein schon deshalb abgelehnt werden.
3. Für die Durchführung des Verfahrens wird eine Gebühr erhoben. Die Höhe der Gebühr wird durch den Aufwand bestimmt. Die Kosten für die Feststellung durch sonstige Verfahren gem. §20 BQFG NRW werden separat berechnet.

Ort / Datum

*Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(handschriftlich)*

Datenschutzerklärung

Hinweis zum Datenschutz:

Der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe obliegt gem. § 8 BQFG NRW als gesetzliche Aufgabe die Durchführung der Prüfung der Gleichwertigkeit im Ausland erworbener Ausbildungsnachweise und sonstiger Berufsqualifikationen mit inländischen Referenzqualifikationen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe werden personenbezogene Daten gespeichert und im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen an andere zuständige Stellen weitergeleitet.

Einverständniserklärung:

Mit der Speicherung und Nutzung von Daten, die von **mir freiwillig angegeben wurden**, bin ich einverstanden.

JA

NEIN

Hinweis: Das Einverständnis zur Speicherung und Nutzung von Daten, die von Ihnen freiwillig angegeben wurden, kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Mitteilung an die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe widerrufen werden. Nach Erhalt des Widerrufs wird die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe die betreffenden Daten nicht mehr nutzen und verarbeiten, sondern löschen.

Ort / Datum

*Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(handschriftlich)*

⁹ Nähere Angaben auch zu den Staaten der EU / EWR sind dem Merkblatt (Pkt. 2) zu entnehmen.

Dem Antrag auf Feststellung der Gleichwertigkeit Ihres beruflichen Abschlusses sind folgende Unterlagen gem. § 5 BQFG NRW beizufügen:

- Beglaubigte Kopie des Identitätsnachweises (Personalausweis oder Reisepass)
- Beglaubigte Kopie des im Ausland erworbenen Ausbildungs- / Studienabschlusses (-nachweises) in übersetzter Form
- Beglaubigte Kopien der sonstigen Befähigungsnachweise in übersetzter Form
- Nachweise der einschlägigen Berufserfahrung / Berufspraxis (in übersetzter Form)
- Soweit eine Erklärung zur Erwerbsabsicht erforderlich ist:
Nachweis z. B. durch Antrag eines Einreisevisums zur Übernahme einer Erwerbstätigkeit, Kontaktaufnahme mit potenziellen Arbeitgebern etc.

Bitte beachten:

- Alle fremdsprachigen Unterlagen sind in der Regel ins Deutsche zu übersetzen. Übersetzungen sind von Dolmetschern oder Übersetzern anzufertigen, die im In- oder Ausland öffentlich bestellt oder beeidigt sind. Die Übersetzungen sind zusammen mit den beglaubigten (oder einfachen) Kopien einzureichen. Die von Ihnen eingereichten Unterlagen werden bei der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe für die Antragsbearbeitung dokumentiert. Amtlich beglaubigen können die meisten öffentlichen Stellen wie z. B. Behörden (Stadt-, Gemeinde- oder Kreisverwaltungen), Pfarrämter und Notare.
- Möglicherweise sind im Bearbeitungsprozess Ihres Antrags weitere Unterlagen einzureichen, die für eine Bewertung der eingereichten Qualifikationsnachweise erforderlich sind. Die vorgenannten Unterlagen stellen daher nur Mindestanforderungen dar und implizieren keine Vollständigkeit einzureichender Unterlagen. Sie erhalten dann von uns eine entsprechende Mitteilung.
- Das Bearbeitungsverfahren kann zudem beschleunigt werden, wenn Sie neben den Zeugniskopien weitere Unterlagen beifügen, die der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe bei der Bewertung Ihrer ausländischen Qualifikation hilfreich sein könnten, wie z. B. Aus- oder Fortbildungsordnungen, Lehrpläne, Studienplan, Curricula, Prüfungsordnungen.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung und Mitarbeit.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag (Ihre Unterschrift wird mehrfach erbeten) mit allen erforderlichen Unterlagen an folgende Anschrift:

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Dentalhygieniker/in Doris Brinkmann
Auf der Horst 29
48147 Münster
Fon: 0251 507 – 621
Doris.Brinkmann@zahnaerzte-wl.de