

Meldung der Absolvierung der Weiterbildung im Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

gemäß der Weiterbildungsordnung
für Thüringer Zahnärzte



Angaben zur Weiterbildungsstätte:

Anschrift / Stempel
der Verwaltung bzw. des Amtes: _____

Weiterbildungsleiter: _____

Zeitraum der Beschäftigung
des Weiterbildungsassistenten: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Vollzeit / Teilzeit

Angaben zum Weiterbildungsassistenten:

Titel / Vorname / Nachname: _____

Privatanschrift: _____

Geburtstag / Geburtsort / Staat: _____

Telefon / E-Mail (dienstlich): _____

Approbation Tag / Ort: _____

Gültigkeitszeitraum Erlaubnis
§ 13 Zahnheilkundegesetz: _____

Wir versichern die Richtigkeit und Aktualität aller vorstehenden Angaben und eingereichten Anlagen.
Uns ist bewusst, dass unrichtige oder unvollständige Angaben rechtswidrig sind und zur Unrichtigkeit der
Auskünfte und Entscheidungen der Landes-zahnärztekammer Thüringen (LZKTh) führen.
Änderungen und Abweichungen geben wir unaufgefordert der LZKTh bekannt.

Datum, Unterschrift Weiterbildungsleiter

Datum, Unterschrift Weiterbildungsassistent

