



## Erklärung

Hiermit bestätige ich,

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

dass ich nicht zweimal die Probezeit an einer Berufsfachschule für Pflege nicht bestanden habe oder vor dem Ablauf der Probezeit ausgetreten bin.

Weiter bestätige ich, dass ich nicht zweimal eine Jahrgangsstufe einer Berufsfachschule derselben Ausbildungsrichtung ohne Erfolg besucht habe oder während eines Schuljahres ausgetreten bin.

Zuletzt bestätige ich, dass ich nicht gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen habe oder dagegen verstoße.

---

Ort, Datum

Unterschrift