



## Ablegung der Ergänzungsprüfung/staatlichen Prüfung zum Notfallsanitäter

Hiermit versichere ich, dass ich bisher weder in Rheinland-Pfalz - noch in einem anderen Bundesland - an einer Ergänzungsprüfung/staatlichen Prüfung zum Notfallsanitäter/in teilgenommen habe.

Name des Prüflings:

---

Geburtsdatum des Prüflings:

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Prüfling

