

Anlage 10

**Bezeichnung und Adresse des Lehrgangs,
Rechtsträger sowie DVR-Nummer**

BESTÄTIGUNG ÜBER DIE EIGNUNGSPRÜFUNG

Herr/Frau,
 geboren am, in,
 hat die im Bescheid des/der Bundesministers/in für Gesundheit vom,
 GZ, vorgeschriebene Eignungsprüfung gemäß
 der ZASS-Ausbildungsverordnung, BGBI. II Nr 283/2013, abgelegt und folgende Beurteilungen erlangt:

Eignungsprüfung	
Inhalte bzw. Kompetenzen	Leistungsbeurteilung/Wiederholungen

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung der zahnärztlichen Assistenz.

....., am

Für die Prüfungskommission:

Der/Die Vorsitzende