

**Anlage 20**

**Bezeichnung und Adresse des Lehrgangs bzw. der Schule,  
Rechtsträger sowie DVR-Nummer**

**DIPLOM**

Herr/Frau .....

geboren am ..... in .....

hat die Ausbildung in der medizinischen Fachassistenz gemäß der MAB-Ausbildungsverordnung – MAB-AV, BGBI. II Nr. 282/2013, erfolgreich absolviert und ist zur Führung der Berufsbezeichnung

**MEDIZINISCHE FACHASSISTENZ**

berechtigt.

Er/Sie hat die Ausbildung in den folgenden medizinischen Assistenzberufen erfolgreich absolviert:

.....

.....

.....

Die absolvierte Ausbildung und das Diplom entsprechen einem Zeugnis gemäß Art 11 lit. b der Richtlinie 2005/36/EG.

....., am .....

Für die Prüfungskommission:

Der/Die Vorsitzende:

Der Direktor/Die Direktorin: