

Anlage 12

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

BESTÄTIGUNG ÜBER DIE EIGNUNGSPRÜFUNG

Herr/Frau.....,
geboren am, in.....,
hat die im Bescheid des/der Bundesministers/in für Gesundheit und Frauen bzw. des/der
Landeshauptmanns/-frau von/der, vom, GZ,
vorgeschriebene Eignungsprüfung gemäß der Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung –
PA-PFA-AV, BGBI. II Nr. 301/2016, abgelegt und folgende Beurteilungen erlangt:

Eignungsprüfung	
Ausbildungsinhalte	Leistungsbeurteilung/Wiederholungen

Diese Bestätigung berechtigt **nicht** zur Ausübung eines Pflegeassistentenberufs.

....., am

Für die Prüfungskommission:

Der/Die Vorsitzende:

Der/Die Direktor/in bzw. Leiter/in: