

**Anlage 6**

**Bezeichnung, Rechtsträger und Adresse der Ausbildungseinrichtung**

**BESTÄTIGUNG ÜBER DEN ANPASSUNGSLEHRGANG**

Name .....,  
 geboren am ....., in .....,  
 hat den im Bescheid des/der Bundesministers/-in für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz  
 vom ....., GZ ....., vorgeschriebenen Anpassungslehrgang gemäß der  
 OTA-Ausbildungsverordnung – OTA-AV, BGBl. II Nr. 177/2022, absolviert und folgende Leistungen nachgewiesen:

<b>Anpassungslehrgang</b>	
<b>Praktika/Stundenumfang</b>	<b>Leistungsbeurteilung/Wiederholung</b>
<b>Zusatzausbildung/Stundenumfang</b>	

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung der Operationstechnischen Assistenz.

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

Die Leitung der OTA-Ausbildung: