

## Antrag auf Anerkennung einer Fachtierarzt- oder Zusatzbezeichnung

Gebiet (FTA) / Bereich (ZB):	<input type="text"/>		
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
akad. Titel:	<input type="text"/>	Geburtsname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>		
E-Mail *:	<input type="text"/>		
Telefon/Mobil *:	<input type="text"/>		
Straße Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ Wohnort:	<input type="text"/>		
Dienstanschrift:	<input type="text"/>		
Straße Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ Ort:	<input type="text"/>		
Dissertations- thema:	<input type="text"/>		

\* Für etwaige Rückfragen geben Sie bitte mindestens **eine** Kontaktmöglichkeit an.

### Diesem Antrag füge ich bei:

- 1. Weiterbildungszeugnis/se gemäß § 12 Abs. 2 Weiterbildungsordnung
- 2. Beruflicher Lebenslauf (tabellarisch)
- 3. Approbationsurkunde (Kopie)
- 4. ggf. Promotionsurkunde (Kopie); ggf. Nachweise für weitere akademische Titel (Kopien)
- 5. Publikation als Erstautor (Kopie) - *falls gefordert* -
- 6. Leistungskatalog, bestätigt vom Weiterbildungsbefugten (Original) - *falls gefordert* -
- 7. Fallberichte (Anzahl: ) , bestätigt vom Weiterbildungsermächtigten - *falls gefordert* -
- 8. Teilnahmenachweise fachbezogener Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen während Weiterbildungszeit (Kopien)

### Ich bestätige, dass

- ich bei keiner anderen Tierärztekammer einen Antrag für diese Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein von mir gestellter Antrag abgewiesen bzw. ein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist.
- ich mit der Verarbeitung meiner Daten sowie der Weitergabe meiner Unterlagen an die zuständigen Kammergremien und die Mitglieder der Prüfungskommission zwecks Bearbeitung meines Anliegens einverstanden bin.
- ich mit der öffentlichen Bekanntgabe meiner erworbenen Fachtierarzt-/Zusatzbezeichnung im Deutschen Tierärzteblatt einverstanden bin.

Den vollständigen Antrag **bitte in Papierform** einreichen – die Unterlagen verbleiben bei der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt.

**Die Richtigkeit aller Angaben bestätige ich durch meine Unterschrift.**

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Tätigkeitsabschnitte der tierärztlichen Weiterbildung (chronologisch) zum Antrag von:

Titel Name Vorname:

Datum:

*nur für TÄK ST*

1.	von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	davon ggf. in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	bestätigt durch TÄK ST lt. Schreiben vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochenstunden	
	Unterbrechungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	von – bis: <small>(gemäß § 8 Abs. 2 S. 4 WBO)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	Weiterbildungs- ermächtigter:	<input type="text"/>			
Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				

2.	von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	davon ggf. in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	bestätigt durch TÄK ST lt. Schreiben vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochenstunden	
	Unterbrechungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	von – bis: <small>(gemäß § 8 Abs. 2 S. 4 WBO)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	Weiterbildungs- ermächtigter:	<input type="text"/>			
Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				

3.	von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	davon ggf. in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	bestätigt durch TÄK ST lt. Schreiben vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochenstunden	
	Unterbrechungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	von – bis: <small>(gemäß § 8 Abs. 2 S. 4 WBO)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate	
	Weiterbildungs- ermächtigter:	<input type="text"/>			
Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>				