[ ]  **Für die Kenntnisprüfungen Pflege**

Wir bestätigen, dass der/die Bewerber\*in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname) sich in einem Angestelltenverhältnis befindet und bei uns einen Prüfungsplatz hat.

[ ]  **Für die Kenntnisprüfungen MTRA**

Wir bestätigen, dass der/die Bewerber\*in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname) bei uns einen Prüfungsplatz für folgende Prüfung(en) hat:

☐ Radiologische Diagnostik und andere bildgebende Verfahren

☐ Strahlentherapie

☐ Nuklearmedizin

☐ Strahlenphysik, Dosimetrie und Strahlenschutz

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegedirektion bzw.

Abteilungsleitung

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegedirektion bzw.

Abteilungsleitung

Stempel: