

Antrag auf Anerkennung

nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“
(WBO-ÖGW) vom 13. Dezember 1979 i.d.F. vom 22. Juli 2014 (GVBl S. 286)

Persönliche Angaben:

* Angabe freiwillig

Nachname, ggf. Geburtsname			
Vorname(n)	Bei mehreren Vornamen: Rufname bitte unterstreichen		
Hauptwohnsitz	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
abweichende Zustellungsadresse für die Anerkennungsurkunde*	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
Erreichbarkeit für Rückfragen*	E-Mail		Telefon
derzeitige Dienst- oder Arbeitsstelle	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
Geburtsort, Geburtsdatum	Ort		Datum
Approbation als Ärztin/Arzt	Datum		Ausstellende Institution
Promotion zu *	Datum		Ausstellende Institution
	Datum		Ausstellende Institution
ggf. weitere akademische Grade, welche *	Datum		Ausstellende Institution
	Datum		Ausstellende Institution
ggf. weitere Facharztanerkennungen *	Datum		Ausstellende Institution
	Datum		Ausstellende Institution
Abschluss Amtsarztlehrgang	Datum		Ausstellende Institution

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

Einzureichende Nachweise ärztlicher Tätigkeiten:

Bitte weisen Sie uns nachfolgend die gem. § 3 Abs. 1 WBO-ÖGW geforderten Zeiten ärztlicher Tätigkeiten im Umfang von 5 Jahren, davon 2,5 Jahre im ÖGD, nach. Teilzeitbeschäftigung kann entsprechend anteilig geltend gemacht werden. Die Angaben müssen nicht lückenlos sein. Nicht anzurechnende berufliche Tätigkeiten oder Zeiten ohne Berufsausübung brauchen nicht ausgeführt zu werden.

Der vereinbarte und tatsächlich geleistete, prozentuale Umfang der regelmäßigen, wöchentlichen Arbeitszeit muss in den eingereichten Unterlagen jeweils rückwirkend ausgewiesen sein. Arbeitsverträge erfüllen diese Vorgabe in der Regel nicht.

Eine Rücksendung erfolgt nur bei Originalen. Bitte beachten Sie, dass bei Vorlage von Kopien der entsprechende behördliche Beglaubigungsvermerk mit Datum, Unterschrift und Dienstsiegel versehen ist. Besteht die Ablichtung aus mehreren Einzelblättern, muss nachgewiesen sein, dass jede Seite von derselben Urkunde stammt.

Nr.	Dienst- oder Arbeitsstelle	Dauer des Beschäftigungsverhältnisses		Anrechenbar für Zeiten im ÖGD?		Umfang der wöchentlichen Arbeitszeiten	
		von	bis	ja	nein	Vollzeit	Teilzeit %
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Weitere antragsbegründende Unterlagen:

Anzahl	Dokument
	Geburts-, Heirats- <u>oder</u> Abstammungsurkunde(n), aus welcher das Geburtsdatum, der Geburtsort sowie die derzeitige und ggf. frühere Namensführung ersichtlich sind
	Approbationsurkunde als Ärztin/Arzt
	Nachweis(e) der Promotion und ggf. weiterer akademischer Grade
	Nachweis(e) weiterer Facharztqualifikationen
	Bescheinigung über die Teilnahme am Amtsarztlehrgang
	Zeugnis des Amtsarztlehrgangs
	Nachweis der ärztl. Tätigkeit der <u>derzeitigen</u> Dienst- oder Arbeitsstelle mit Unterschrift der zuständigen Personalstelle (entfällt bei aktueller Tätigkeit in einer Behörde oder Stelle im Geschäftsbereich des StMGP) - längstens vier Wochen alt Oder: bei dauerhafter bzw. längerfristiger Aufgabe der ärztl. Tätigkeit, dann: Meldebescheinigung über Hauptwohnsitz
	Weitere Unterlagen:

- Ich versichere, dass ich bis zum Abschluss des laufenden Antragsverfahrens jegliche Änderungen des Ortes der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit unaufgefordert, unverzüglich und formlos anzeigen werde.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

- Freiwillige Datenschutzerklärung (nur für Angehörige von Behörden und Stellen im Geschäftsbereich des StMGP): Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das zur Antragsbearbeitung zuständige Referat im StMGP, zur Antragsbearbeitung erforderliche Angaben zur Dauer und Umfang meines Beschäftigungsverhältnisses bei meiner personalführenden Stelle einholen darf.

Sie haben das Recht, Ihre vorgenannte Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs kann unter Umständen die Antragsbearbeitung und Anerkennung nicht abgeschlossen werden bzw. verlängert sich deutlich.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

- Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen des Antragsverfahrens einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

Kosten:

Für die Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird eine Gebühr von € 60.- erhoben (Art. 1, 2 und 6 Abs.1 und Art. 8 des Kostengesetzes)

Bearbeitende Stelle:

Den vollständig ausgefüllten Antrag inkl. Anlagen senden sie bitte an:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Referat 71 „ÖGD“
Postfach 80 02 09
81602 München

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an oeqd@stmgp.bayern.de