

_____ Datum:

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim
Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass

Frau / Herr _____

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

(Berufsbezeichnung)

ungeeignet ist.

Stempel und Unterschrift
der Ärztin / des Arztes