

## AUFNAHMEANTRAG AUSBILDUNGSRICHTUNG GESUNDHEIT

### MEDIZINISCH TECHNISCHE ASSISTENZ LABOR (3-JÄHRIG)

AUFNAHME ZUM  1. AUGUST | AUFNAHME ZUM  1. FEBRUAR

### MEDIZINISCH TECHNISCHE ASSISTENZ RADIOLOGIE (3-JÄHRIG)

AUFNAHME ZUM  1. AUGUST | AUFNAHME ZUM  1. FEBRUAR

### PHARMAZEUTISCH TECHNISCHE ASSISTENZ (2-JÄHRIG, PLUS 6 MONATE PRAKTIKUM)

Grundvoraussetzungen für die Teilnahme am Aufnahmeverfahren sind der mindestens EBB für MTA und MSA für PTA und der vollständig ausgefüllte Aufnahmeantrag. Bewerber/innen mit nichtdeutschem Schulabschluss benötigen eine Bescheinigung der Berliner Senatsverwaltung über die Gleichwertigkeit des Schulabschlusses mit mindestens MSA. Bewerber/innen aus Ländern, die nicht Mitglied der EU sind, müssen eine gültige Aufenthaltserlaubnis vorlegen. Bitte fügen Sie ein ärztliches Attest über die physische Eignung (Download auf [www.letteverein.berlin/wp-content/uploads/2016/10/AerztlichesAttest.pdf](http://www.letteverein.berlin/wp-content/uploads/2016/10/AerztlichesAttest.pdf)) bei.

### Ich beantrage die Aufnahme für (Personalien des Bewerbers/der Bewerberin)

Frau  Herr

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Land, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

wohnhaft bei: \_\_\_\_\_ Telefonnr. \_\_\_\_\_

Verkehrssprache in der Familie: \_\_\_\_\_

### (bei Minderjährigen die Personalien des/der Erziehungsberechtigten)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Land, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Schulbildung:**  EBB  MSA  FHR  ABITUR

Termin des Abgangs von der Schule \_\_\_\_\_

**Berufsausbildung:**  bisher keine  abgeschlossen  abgebrochen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Aufnahme als Schüler/in am Lette Verein Berlin von der Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen abhängig ist. Mit der Speicherung meiner Daten und deren automatisierter Verarbeitung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen)

**Lette Verein Berlin**  
Stiftung des öffentlichen Rechts

Berufsfachschule für Design

Berufsfachschule für  
Ernährung und Versorgung

Fachschule für  
Ernährungs- und Versorgungsmanagement

Technische Berufsfachschule

Schulen des Gesundheitswesens  
MTA-Schule | Labor  
MTA-Schule | Radiologie  
PTA-Schule

Viktoria-Luise-Platz 6  
10777 Berlin  
Telefon 030 - 219 94-0  
[www.letteverein.berlin](http://www.letteverein.berlin)

Telefon  
030-219 94 111  
Mail  
[sekretariat@lette-verein.de](mailto:sekretariat@lette-verein.de)  
Zimmer  
A116 / A022