

Einverständniserklärung (Auszubildende/-r)

zur Ableistung der praktischen Abschlussprüfung

**Name, Vorname der/des
Auszubildenden:** _____

Kurs: _____

**Träger der praktischen
Ausbildung
(Versorgungsbereich):** _____

Prüfungstag: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die praktische Abschlussprüfung nach § 16 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV) vom 02.10.2018 durchgeführt wird.

Im ausgewählten Versorgungsbereich habe ich bereits den Vertiefungseinsatz absolviert bzw. absolviere diesen zurzeit. Die Prüfung dauert maximal 240 Minuten.

Datum: _____

Unterschrift: _____