

Antrag auf Teilnahme an der *Fachsprachenprüfung Pflege Bayern* bei den Kliniken Nordoberpfalz AG, Klinikum Weiden

Prüfungsdatum und Prüfungsnummer:

(Pflichtfeld, bitte aus Informations-E-Mail entnehmen.)

Persönliche Angaben (Pflichtfelder)

Nachname:
Vorname(n):
Geburtsname:
Geburtsdatum:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Staatsangehörigkeit:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl:
Ort / Land:
E-Mail-Adresse:

Antragstyp

☐ Erstantrag ☐ Antrag auf Wiederholung

Erklärungen der antragstellenden Person

Ich erkläre,

- dass ich während dieses Antragsverfahrens den **Kliniken Nordoberpfalz AG** einen **Wohnortwechsel unverzüglich** schriftlich per E-Mail mitteile,
- dass ich damit einverstanden bin, dass Pflichtangaben und weitere Eintragungen erhoben und elektronisch gespeichert werden,
- dass mir bekannt ist, dass vor Antritt der Fachsprachenprüfung die Prüfungsgebühr in Höhe von 350,- € zu entrichten ist,
- dass die Angaben vollständig und wahr sind.

Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse und meiner Unterschrift auf dem Antragsformular stimme ich der elektronischen Datenübermittlung zwischen mir und den **Kliniken Nordoberpfalz AG** zu. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift der antragstellenden Person

- Mit der Anmeldung bestätige ich, die geltende Prüfungsordnung für die Durchführung der Fremdsprachenprüfung der Kliniken Nordoberpfalz AG gelesen zu haben und erkenne diese an. Prüfungsregularien sind in ihrer jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KNO AG ([Home | Kliniken Nordoberpfalz](#)) zugänglich.
- Verstöße gegen die Prüfungsordnung führen zum Ausschluss von der Prüfung
- Einverständnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten: Ich erkläre mit meiner Anmeldung zur Prüfung mein Einverständnis, dass die für die Prüfungsdurchführung relevanten personenbezogenen Daten für Organisatorinnen und Organisatoren, Aufsichtsführende, Prüfer:innen und Bewerter:innen zugänglich sind. Ich willige ein, dass die für die Prüfungsdurchführung und -auswertung notwendigen prüfungsbezogenen Daten sowie die Prüfungsergebnisse an das Bayerische Landesamt für Pflege übermittelt werden. Die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Artikel 13 der DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der antragstellenden Person:

Falls zutreffend: Angaben zum Bevollmächtigten

(Hinweis: Sofern eine Vollmacht erteilt wird, bitte nachfolgende Angaben vollständig ausfüllen und handschriftlich unterschreiben.)

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber - Antragsteller):

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Vorname:

Nachname:

Institution:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Land:

mich gegenüber den **Kliniken Nordoberpfalz AG** in allen Angelegenheiten (u. a. schriftliche und mündliche Korrespondenz, Entgegennahme von Bescheiden und sonstigen Schriftstücken sowie der Abwicklung des Zahlungsverkehrs) bezüglich der Fachsprachenprüfung zu vertreten.

Ort, Datum:

Unterschrift der antragstellenden Person: