



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Bestellung zum Mitglied des Prüfungsausschusses beim Kommunalen Sozialverband Sachsen für die Durchführung einer Eignungs- oder Kenntnisprüfung bzw. eines Abschlussgespräches bei Gesundheitsfachberufen.

Außerdem erkläre ich, dass ich bei der Bewertung der Eignungs- oder Kenntnisprüfung bzw. des Abschlussgespräches berücksichtige, dass neben dem gleichwertigen Kenntnisstand auch die zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache durch die zu prüfende Person nachgewiesen wurden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienstliche Anschrift

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift