



Einverständniserklärung

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienstliche Anschrift

Telefon

Datum, Unterschrift