

## Antrag auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung Fachtierarzt für Öffentliches Veterinärwesen

gemäß Anlage I Nr. 21 der Weiterbildungsordnung für Tierärztinnen und Tierärzte der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt vom 13.11.2019 in der aktuellen Fassung

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
akad. Titel:	<input type="text"/>	Geburtsname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>		
E-Mail *:	<input type="text"/>		
Telefon/Mobil *:	<input type="text"/>		
Straße Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ Wohnort:	<input type="text"/>		
Dienstanschrift:	<input type="text"/>		
Straße Nr.:	<input type="text"/>		
PLZ Ort:	<input type="text"/>		

\* Für etwaige Rückfragen geben Sie bitte mindestens **eine** Kontaktmöglichkeit an.

### Diesem Antrag füge ich bei:

- 1. Weiterbildungszeugnis/se gemäß § 12 Abs. 2 Weiterbildungsordnung
- 2. Beruflicher Lebenslauf (tabellarisch)
- 3. Approbationsurkunde (Kopie)
- 4. ggf. Promotionsurkunde (Kopie); ggf. Nachweise für weitere akademische Titel (Kopien)
- 5. Publikation als Erstautor (Kopie) - *falls gefordert* -
- 6. Bestätigung der erfolgreichen Teilnahme an einem Fachseminar zur Vorbereitung zum Erwerb der Befähigung für den höheren Veterinärdienst von mindestens 320 Stunden oder einem von der obersten Landesbehörde anerkannten Fachseminars
- 7. Leistungskatalog, bestätigt vom Weiterbildungsermächtigten (Original), einschließlich der testierfähigen Ausarbeitungen der Leistungen

### Ich bestätige, dass

- ich bei keiner anderen Tierärztekammer einen Antrag für diese Bezeichnung gestellt habe, noch dass ein von mir gestellter Antrag abgewiesen bzw. ein Verfahren über einen Antrag in der Schwebe ist.
- ich mit der Verarbeitung meiner Daten sowie der Weitergabe meiner Unterlagen an die zuständigen Kammergremien und die Mitglieder der Prüfungskommission zwecks Bearbeitung meines Anliegens einverstanden bin.
- ich mit der öffentlichen Bekanntgabe meiner erworbenen Fachtierarzt-/Zusatzbezeichnung im Deutschen Tierärzteblatt einverstanden bin.

Den vollständigen Antrag **bitte in Papierform und digital (kein USB-Stick)** einreichen – die Unterlagen verbleiben bei der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt.

**Die Richtigkeit aller Angaben bestätige ich durch meine Unterschrift.**

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Tätigkeitsabschnitte der tierärztlichen Weiterbildung (chronologisch) zum Antrag von:

Titel Name Vorname:

Datum:

*nur für TÄK ST*

1.

von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
davon ggf. in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
bestätigt durch TÄK ST lt. Schreiben vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochenstunden
Unterbrechungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
von – bis: <small>(gemäß § 8 Abs. 2 S. 4 WBO)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
Weiterbildungs- ermächtigter:	<input type="text"/>		
Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>		

2.

von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
davon ggf. in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
bestätigt durch TÄK ST lt. Schreiben vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochenstunden
Unterbrechungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
von – bis: <small>(gemäß § 8 Abs. 2 S. 4 WBO)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
Weiterbildungs- ermächtigter:	<input type="text"/>		
Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>		

3.

von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
davon ggf. in Teilzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
von – bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
bestätigt durch TÄK ST lt. Schreiben vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wochenstunden
Unterbrechungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
von – bis: <small>(gemäß § 8 Abs. 2 S. 4 WBO)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monate
Weiterbildungs- ermächtigter:	<input type="text"/>		
Weiterbildungsstätte:	<input type="text"/>		