



## ANTRAG ZUR ANERKENNUNG IM AUSLAND ERHALTENER BERUFSQUALIFIKATIONEN

**Bitte kreuzen Sie den Beruf an in dem Sie anerkannt werden wollen<sup>1</sup> (nur eine Wahl möglich) :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> assistant d'hygiène sociale                | <input type="checkbox"/> infirmier gradué               |
| <input type="checkbox"/> assistant social                           | <input type="checkbox"/> infirmier psychiatrique        |
| <input type="checkbox"/> assistant technique médical en chirurgie   | <input type="checkbox"/> laborantin                     |
| <input type="checkbox"/> assistant technique médical en laboratoire | <input type="checkbox"/> masseur-kinésithérapeute       |
| <input type="checkbox"/> assistant technique médical en radiologie  | <input type="checkbox"/> orthophoniste                  |
| <input type="checkbox"/> diététicien                                | <input type="checkbox"/> orthoptiste                    |
| <input type="checkbox"/> ergothérapeute                             | <input type="checkbox"/> pédagogue curatif              |
| <input type="checkbox"/> infirmier <sup>2</sup>                     | <input type="checkbox"/> podologue                      |
| <input type="checkbox"/> infirmier en anesthésie et réanimation     | <input type="checkbox"/> rééducateur en psychomotricité |
| <input type="checkbox"/> infirmier en pédiatrie                     | <input type="checkbox"/> sage-femme <sup>3</sup>        |

### Persönliche Daten

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:    Geburtsort:

Geburtsland:

Staatsangehörigkeit:

### Adresse:

Hausnummer, Straße:

Postleitzahl:  Ort:

Land:

Tél.:  Email-Adresse:

<sup>1</sup> Für die Berufe des „Aide-Soignant“ und „Masseur“ wenden Sie sich an das Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance, de la Jeunesse, Service de la reconnaissance Tel. (+352) 247-85910 ; E-mail : reconnaissance@men.lu

<sup>2</sup> Die Inhaber eines Ausbildungsnachweises welcher in Anhang 5.2.2. der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt wird, brauchen keine vorherige Anerkennung und können sich sofort an das Ministère de la Santé wenden um eine Ausübungszulassung zu beantragen: Ministère de la Santé, Service des Professions de Santé, L-2935 Luxembourg; E-mail : professions.sante@ms.etat.lu

<sup>3</sup> Die Inhaber eines Ausbildungsnachweises welcher in Anhang 5.5.2. der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt wird, brauchen keine vorherige Anerkennung und können sich sofort an das Ministère de la Santé wenden um eine Ausübungszulassung zu beantragen: Ministère de la Santé, Service des Professions de Santé, L-2935 Luxembourg; E-mail : professions.sante@ms.etat.lu



**Zusätzliche Ausbildung**

Lehreinrichtung	Dauer der Ausbildung	Titel des erhaltenen Diploms oder Ausbildungsnachweises
.....	von                      bis	
.....	von                      bis	
.....	von                      bis	
.....	von                      bis	
.....	von                      bis	

**B – Berufserfahrung**

Falls vorhanden, geben Sie ihre bisherigen Berufserfahrungen an:

**C – Niederlassung und Berufsankennung in einem anderen Eu-Land**

Wurde ihr Beruf bereits in einem anderen EU-Land anerkannt<sup>5</sup> ?

Ja  Nein

Wenn Ja, geben Sie den Beruf an und in welchem EU-Land er rechtmäßig anerkannt wurde<sup>6</sup>:

<sup>5</sup> Geben Sie nur die Anerkennungen an welche Sie in einem anderen Land erhalten haben als in dem Land in dem Sie Ihre Berufsqualifikation erhalten haben

<sup>6</sup> Geben Sie die genaue Berufsbezeichnung in der Landessprache an & eine englische, französische, deutsche oder luxemburgische Übersetzung, falls der Ausbildungsnachweis nicht in einer dieser Sprachen ausgestellt worden ist

Haben Sie sich bereits in einem anderen EU-Land niedergelassen um ihren Beruf auszuüben?  oui  non

Wenn Ja, geben Sie Ihre Berufsbezeichnung an <sup>7</sup> sowie das Land in welchem Sie sich niedergelassen haben<sup>8</sup>:

#### **D – Bemerkungen**

---

<sup>7</sup> Geben Sie die genaue Berufsbezeichnung in der jeweiligen Landessprache an & eine englische, französische, deutsche oder luxemburgische Übersetzung, falls der Ausbildungsnachweis nicht in einer dieser Sprachen ausgestellt worden ist

<sup>8</sup> Falls Sie sich mehreren Ländern niedergelassen haben, geben sie zu jedem einzelnen die gefragten Informationen an

## Dokumente welche diesem Formular beigelegt werden müssen:

- Staatsangehörigkeitsnachweis :
- Für Staatsangehörige aus der EU/EWR/CH: Kopie des Ausweises oder des Passes ;
  - Für Staatsangehörige aus 3.Staaten: Kopie des Ausweises oder des Passes & ein Dokument welches nachweist, dass Sie unter die Bestimmungen der Punkte i) bis iii) des Artikels 3, Punkt q) der „loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles“ fallen, ausgestellt vom Ministère de l'Immigration aus Luxemburg
- Kopien der unter Punkt A) angeführten Ausbildungsnachweise (Diplome, Ausbildungsnachweise usw.)
- Belege für die unter Punkt B) angeführten Berufserfahrungen (Kopie des Arbeitsvertrages, Arbeitgeberbescheinigung usw.)
- Offizielle Dokumente welche die unter Punkt C) angeführten Angaben belegen (Kopie der Ausübungszulassung, des Anerkennungsentscheides usw.)
- Andere sachdienliche Dokumente
- Zahlungsnachweis der Bearbeitungsgebühr von 75 Euro<sup>9</sup>

Alle Dokumente die unter 2-5 aufgelistet sind, müssen in der Landessprache verfasst sein & eine englische, französische, deutsche oder luxemburgische Übersetzung, falls die Dokumente nicht in einer dieser Sprachen ausgestellt worden sind.

### Das Formular samt aller Belege ist an folgende Adresse zu senden:

**Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**  
**18-20, montée de la Pétrusse**  
**L-2327 LUXEMBOURG**

Für weiterführende Informationen bezüglich der Anerkennungsprozedur:

[http://www.mesr.public.lu/enssup/reconnaissance\\_sante/index.html](http://www.mesr.public.lu/enssup/reconnaissance_sante/index.html)

<sup>9</sup> Die Gebühr ist mittels einer Überweisung auf das folgende Konto zu bezahlen:

**IBAN LU13 1111 0011 4679 0000**

**BIC CCPLULL**

**Name des Empfängers** : Administration de l'Enregistrement et des Domaines

**Mitteilung**: Taxe reconnaissance des diplômes, MESR, Nom du demandeur, Date de la demande

Hiermit bestätige Ich, dass diese Informationen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort  Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift