

**Anlage 11**

**Bezeichnung und Adresse des Lehrgangs bzw. der Schule,  
Rechtsträger sowie DVR-Nummer**

**BESTÄTIGUNG ÜBER DIE ERGÄNZUNGS-AUSBILDUNG**

Herr/Frau .....,  
 geboren am ..... in .....,  
 hat an der im Bescheid des/der Landeshauptmanns/-frau von/der .....,  
 vom ....., Zl. ...., vorgeschriebenen Ergänzungsausbildung gemäß der  
 ZASS-Ausbildungsverordnung, BGBI. II Nr. 283/2013, teilgenommen und folgende Beurteilungen  
 erlangt:

Ergänzungsausbildung	
Inhalte bzw. Kompetenzen	Leistungsbeurteilung/Wiederholungen

Die Ergänzungsausbildung wurde mit / ohne Erfolg absolviert bzw. abgebrochen.

Diese Bestätigung berechtigt nicht zur Ausübung der zahnärztlichen Assistenz.

....., **am** .....

**Für die Prüfungskommission:**

**Der/Die Vorsitzende**