

**Anlage 13**

**Bezeichnung und Adresse der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege bzw.  
des PA-Lehrgangs, 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 ....., GZ ....., vorgeschriebenen Ergänzungsausbildung gemäß der  
Pflegeassistentenberufe-Ausbildungsverordnung – PA-PFA-AV, BGBI. II Nr. 301/2016, teilgenommen  
und folgende Beurteilungen erlangt:

Ergänzungsausbildung	
Ausbildungsinhalte/Praktika	Leistungsbeurteilung/Wiederholungen

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

Diese Bestätigung berechtigt **nicht** zur Ausübung eines Pflegeassistentenberufs.

....., am .....

Für die Prüfungskommission:

Der/Die Vorsitzende:

Der/Die Direktor/in bzw. Leiter/in: