



## 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 psychiatrique        |
| <input type="checkbox"/> assistant social                           | <input type="checkbox"/> laborantin                     |
| <input type="checkbox"/> assistant technique médical en chirurgie   | <input type="checkbox"/> masseur-kinésithérapeute       |
| <input type="checkbox"/> assistant technique médical en laboratoire | <input type="checkbox"/> orthophoniste                  |
| <input type="checkbox"/> assistant technique médical en radiologie  | <input type="checkbox"/> orthoptiste                    |
| <input type="checkbox"/> diététicien                                | <input type="checkbox"/> ostéopathe                     |
| <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>        |
| <input type="checkbox"/> infirmier gradué                           |                                                         |

### 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

### Datenschutzklausel

Bitte beachten Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten vom Ministerium für Hochschulwesen und Forschung (Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) in Übereinstimmung mit den gesetzlich geltenden Datenschutzvorschriften und, wie in den Datenschutzrichtlinien des Ministeriums für Hochschulwesen und Forschung (Politique de confidentialité du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche) eingehender detailliert, verarbeitet werden. Die Datenschutzrichtlinien des Ministeriums für Hochschulwesen und Forschung sind verfügbar unter:

<http://www.mesr.public.lu/functions/gdpr/index.html>.

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

Ort  Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift