



ANTRAG ZUR ANERKENNUNG IM AUSLAND ERHALTENER BERUFSQUALIFIKATIONEN

Bitte kreuzen Sie den Beruf an in dem Sie anerkannt werden wollen¹ (nur eine Wahl möglich) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter <i>assistant social</i> | <input type="checkbox"/> Psychiatrischer Krankenpfleger <i>infirmier psychiatrique</i> |
| <input type="checkbox"/> medizinisch-technischer Assistent der Chirurgie <i>ATM de chirurgie</i> | <input type="checkbox"/> Laborant <i>laborantin</i> |
| <input type="checkbox"/> medizinisch-technischer Laborassistent <i>ATM de laboratoire</i> | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut <i>masseur-kinésithérapeute</i> |
| <input type="checkbox"/> medizinisch-technischer Radiologieassistent <i>ATM de radiologie</i> | <input type="checkbox"/> Logopäde <i>orthophoniste</i> |
| <input type="checkbox"/> Diätassistent <i>diététicien</i> | <input type="checkbox"/> Orthoptist <i>orthoptiste</i> |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <i>ergothérapeute</i> | <input type="checkbox"/> Osteopath <i>ostéopathe</i> |
| <input type="checkbox"/> Krankenpfleger <i>infirmier²</i> | <input type="checkbox"/> Heilpädagoge <i>pédagogue curatif</i> |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie- und Reanimations-Krankenpfleger
<i>infirmier en anesthésie et réanimation</i> | <input type="checkbox"/> Podologe <i>podologue</i> |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenpfleger <i>infirmier en pédiatrie</i> | <input type="checkbox"/> Psychomotoriktherapeut <i>rééducateur en psychomotricité</i> |
| <input type="checkbox"/> graduiertes Krankenpfleger <i>infirmier gradué</i> | <input type="checkbox"/> Hebamme <i>sage-femme³</i> |

Persönliche Daten

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Geburtsland:

Staatsangehörigkeit :

Adresse:

Hausnummer, Straße:

Postleitzahl: Ort:

Land:

Tél.: Email-Adresse:

¹ 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

² 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

³ 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

A- Informationen zum Ausbildungsnachweis:

Genauere Bezeichnung des anzuerkennenden Ausbildungsnachweises⁴:

⁴ Geben Sie den genauen Titel ihres Ausbildungsnachweises (Landessprache) an & eine englische, französische, deutsche oder luxemburgische Übersetzung, falls der Ausbildungsnachweis nicht in einer dieser Sprachen ausgestellt worden ist

Sekundarunterricht

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

Hochschulstudium

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

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 anerkannt⁵ ?

Ja Nein

Wenn Ja, geben Sie den Beruf an und in welchem EU-Land er rechtmäßig anerkannt wurde⁶:

⁵ 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

⁶ 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? Ja Nein

Wenn Ja, geben Sie Ihre Berufsbezeichnung an ⁷ sowie das Land in welchem Sie sich niedergelassen haben⁸:

D – Bemerkungen

⁷ 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

⁸ 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 Drittstaaten: 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 modifiée du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles“ fallen, ausgestellt vom luxemburgischen Ministère des Affaires étrangères et européennes - Direction de l'immigration
- 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 Euro⁹

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

Bitte reichen Sie den Antrag mitsamt der beizulegenden Dokumente auf dem Postweg, an die Adresse:

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

Für weiterführende Informationen bezüglich der Anerkennungsprozedur:

<https://mesr.gouvernement.lu/de/demarches/reconnaissance-professionnelle/autres-professions-de-sante.html>

⁹ Bei Online-Anträgen wird die Gebühr per Kartenzahlung erhoben während der Prozedur auf Guichet.lu. Bei Anträgen über den Postweg ist den eingereichten Unterlagen die Lastschrift der Überweisung auf folgendes Konto beizufügen :

IBAN LU36 0019 5955 4436 2000

BIC BCEELULL

Name des Empfängers : Administration de l'enregistrement, des domaines et de la TVA

Mitteilung: Taxe reconnaissance des diplômes, MESR, Name des Antragstellers, Datum des Antrags

Datenschutzklausel

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

<https://mesr.gouvernement.lu/de/support/politique-de-confidentialite.html>

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

Ort Datum

Unterschrift