

Ausstellung einer Bestätigung über die Erforderlichkeit einer Nostrifizierung

Ich ersuche um Ausstellung einer Bestätigung über die Erforderlichkeit einer Nostrifizierung (§ 90 Abs 1 Universitätsgesetz 2002 (UG) BGBl I 2002/120 idF BGBl 2024/50) zur Vorlage an einer der Medizinischen Universitäten in Österreich.

Persönliche Daten:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Zustelladresse:

Straße, Hausnummer, Türnummer: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Die von mir in _____ abgeschlossene ärztliche Grundausbildung wurde bereits in einem Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft anerkannt:

☐ **Ja**, und zwar in folgendem Mitgliedstaat / folgenden Mitgliedstaaten:

➔ Bitte um Übermittlung eines **Nachweises der Berechtigung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes** im betreffenden Mitgliedstaat / in den betreffenden Mitgliedstaaten (z.B. Approbationsurkunde)

☐ **Nein**

Ich habe den ärztlichen Beruf in einem Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft bereits tatsächlich und rechtmäßig ausgeübt:

☐ **Ja**, und zwar in folgendem Mitgliedstaat / folgenden Mitgliedstaaten:

_____ im Ausmaß von _____ Monaten

_____ im Ausmaß von _____ Monaten

_____ im Ausmaß von _____ Monaten

➔ Bitte um Übermittlung von **Arbeitszeugnissen** und **Bestätigung(en) der Registrierung in der/den zuständigen ärztlichen Registrierungsbehörde(n)** (z.B. Meldebestätigung der zuständigen Ärztekammer)

☐ **Nein**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Voraussetzung für E-Mail-Kontakt mit
der Österreichischen Ärztekammer

Einwilligungserklärung

erforderlich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit a Datenschutz-Grundverordnung

Diese Erklärung ist eingescannt an ael-recht@aerztekammer.at zu übermitteln.

Wir ersuchen auch um Übermittlung eines eingescannten Identitätsnachweises.

Ich **bestätige**, dass bis auf Widerruf der **Schriftverkehr mit der Österreichischen Ärztekammer** und somit **sämtliche Dokumente aus dieser Korrespondenz, sohin auch meine diesbezüglichen personenbezogenen Daten, unter Verwendung meiner untenstehenden E-Mail-Adresse erfolgen darf**. Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meiner Korrespondenz und darin erfassten Dokumenten bzw. Unterlagen führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit unter post@aerztekammer.at oder durch ein Schreiben an die Österreichische Ärztekammer, 1010 Wien, Weihburggasse 10-12, widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bei der Österreichischen Ärztekammer bleibt davon unberührt.

E-Mail-Adresse: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Eingescannter Identitätsnachweis (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ **Reisepass**
- ☐ **Personalausweis**
- ☐ **Führerschein**

Datum: _____

Unterschrift: _____