

---

(Name)

(Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Bezirksregierung Düsseldorf

Dezernat 24

Staatliche Anerkennung Sozialberufe

Postfach 300865

40408 Düsseldorf

## **Kostenübernahmeerklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die Beauftragung der Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit meiner ausländischen Berufsqualifikationen gegenüber dem inländischen Studienabschluss wünsche.

Ich erkläre, dass ich sämtliche Kosten für die gutachterliche Überprüfung der Gleichwertigkeit meiner Berufsqualifikationen übernehme.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)