

An die
Schule für medizinische Assistenzberufe am
ÖIfAM
St. Veiter Straße 34
9020 Klagenfurt am Wörthersee

ÄRZTLICHES ATTEST

Frau / Herr

geb. am

ist physisch und psychisch geeignet, einen medizinischen Assistenzberuf
auszuüben.

.....
Datum

.....
Arztstempel und Unterschrift