
(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

**Bezirksregierung Arnsberg
Dezernat 24 – Sozialberufe
Postfach
59817 Arnsberg**

Kostenübernahmeerklärung

Anerkennung im Sozialen Bereich
Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in / Heilpädagog*in / Kindheitspädagog*in

Hiermit erkläre ich, dass ich die Beauftragung der Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit meiner Ausbildung gegenüber der deutschen Ausbildung im Bereich Sozialarbeit/Sozialpädagogik/Kindheitspädagogik/Heilpädagogik wünsche.

Die Gebühren für eine gutachterliche Stellungnahme werden nach Zeitaufwand mit einem Stundensatz von 47,00 € berechnet.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)