



Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Hannover
Dezernat 21
Freundallee 9 a, 30173 Hannover

**Antrag:
Ermächtigung nach § 175 Absatz 1 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)**

Hiermit beantrage ich die Ermächtigung nach § 175 Absatz 1 der Strahlenschutzverordnung

1. Titel, Name, Vorname :

Geburtsdatum: :

2. Anschrift :

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

E-Mail:

3. Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Straße:

PLZ, Ort:

4. Zeitpunkt der Approbation
(bitte Kopie beifügen)

5. Facharztbezeichnung:

5.1 Fachärztin /Facharzt für Arbeitsmedizin:
(Bitte Kopie beifügen)

5.2 Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin:
(Bitte Kopie beifügen)

5.3 andere Facharztbezeichnungen:

6. Bescheinigung der Ärztekammer über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte nach § 47 StrlSchV
(Bitte Kopie beifügen)

7. Mit der Veröffentlichung meiner Daten in der Liste der ermächtigten Ärzte auf der Internetseite der Niedersächsischen Gewerbeaufsicht bin ich einverstanden:

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel