|  |  |
| --- | --- |
| Magistrat der Landeshauptstadt LinzGesundheit und SportAbteilung Lebensmittelsicherheit-, Sanitäts- und VeterinärrechtHauptstraße 1 – 5A-4041 Linz |  |
|
| Meldung **der beabsichtigten Aufnahme einer freiberuflichen Ausübung als HeilmasseurIn**  |

|  |
| --- |
| **Antragstellende Person** |
| FamiliennameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname(n)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| GeburtsdatumKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Akad. Grad, BerufstitelKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | GeschlechtKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| GeburtsdatumKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | StaatsangehörigkeitKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| TelefonKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail-AdresseKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Ich melde hiermit die beabsichtigte Aufnahme einer freiberuflichen Ausübung als HeilmasseurIn (§ 46 Abs. 1 Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG)**

**Als Berufssitz/e wähle ich folgende Adresse/n in Linz:**

|  |
| --- |
| Adresse des Berufssitzes (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse des Berufssitzes (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) \*optional, wenn zwei Berufssitze gemeldet werden.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Daten meines Berufsausweises:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausstellende Behörde**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Nummer**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Ausstellungsdatum**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Beilagen:**

[ ]  Amtlicher Lichtbildausweis (Reisepass oder Personalausweis)

[ ]  Strafregisterbescheinigung oder bei EWR-Staatsangehörigen ein gleichwertiger Nachweis des Heimat- oder Herkunftsstaates - *nicht älter als 3 Monate und in Original*

[ ]  Ärztliches Attest über gesundheitliche Eignung *(nicht älter als 3 Monate)*

[ ]  Berufsausweis

**Hinweis**

Ihr **persönliches Erscheinen** ist erforderlich, da der neuen **Berufssitz** im Berufsausweis zu vermerken ist!

**Informationen zum Datenschutz**

Die von Ihnen bekanntgegebenen Daten werden im Rahmen des konkreten Verfahrens und der gesetzlichen Zulässigkeit an sonstige Verfahrensbeteiligte weitergegeben.

Im Zusammenhang mit der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht auf Auskunft, Richtigstellung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung sowie das Recht Beschwerde bei der Datenschutzbehörde zu erheben.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragen

Tel.: 0732 / 7070 oder E-Mail: datenschutz@mag.linz.at

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Datum Unterschrift Antragsteller\*in*