|  |  |
| --- | --- |
| Magistrat der Landeshauptstadt Linz  Gesundheit und Sport  Abteilung Lebensmittelsicherheit-, Sanitäts- und Veterinärrecht  Hauptstraße 1 – 5  A-4041 Linz |  |
|
| Meldung  **der beabsichtigten Aufnahme einer freiberuflichen Ausübung als HeilmasseurIn** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antragstellende Person** | | |
| Familienname  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname(n)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Geburtsdatum  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Akad. Grad, Berufstitel  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Geschlecht  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Staatsangehörigkeit  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Wohnsitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Telefon  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail-Adresse  Klicken 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](mailto:datenschutz@mag.linz.at)

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

*Datum Unterschrift Antragsteller\*in*