
(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Bezirksregierung Detmold

Dezernat 24

Leopoldstr. 15

32756 Detmold

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Beauftragung der Anfertigung eines Gutachtens über die Gleichwertigkeit meiner Ausbildung für die Erteilung der Befugnis zur Aufnahme oder Ausübung des Berufs „staatlich anerkannte/r Kindheitspädagoge/in“ wünsche.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)