

---

(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

- ☐ Sozialpädagoge/in / Sozialarbeiter/in
- ☐ Kindheitspädagoge/in
- ☐ Heilpädagoge/in

wünsche.

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

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)