

Sicherheits- und Gesundheitsdepartement

Gesundheitsamt
Dorfplatz 4
Postfach 1261
6061 Sarnen

Telefon 041 666 63 37
Fax 041 666 64 14
E-Mail gesundheitsamt@ow.ch
Internet http://www.obwalden.ch

**Gesuch um Bewilligung für die selbstständige
Berufsausübung der**

1. Personalien

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort, -staat:

Adresse privat:

.....

Telefonisch am besten erreichbar:

Adresse Arbeitsplatz:

.....

Kopie des Leumundszeugnisses oder Strafregisterauszugs: Beleg Nr.
(nicht älter als 3 Monate)

Für Ausländer: Niederlassungsbewilligung C: Ja Nein
Aufenthaltsbewilligung B: Ja Nein
Andere: Ja Nein
(☒ Zutreffendes ankreuzen!)

Bitte Kopie beilegen! Beleg Nr.

2. Ausbildung

2.1 Allgemeine Ausbildung (Allgemeinbildung)

Ort: von: bis:
Primarschule:

Sekundarschule:

Höhere Schulbildung:
 Ja Nein
(☒ Zutreffendes ankreuzen!)

Abschlussjahr: Art:

Bitte Kopie des Diploms oder des Fähigkeitsausweises beilegen! Beleg Nr.

Andere Ausbildung:
Art der Ausbildung:
Dauer und Ort (Institution)
Abschlussjahr:

Bitte Kopie des Diploms oder des Fähigkeitsausweises beilegen! Beleg Nr.

2.2 Ausbildung in Physiotherapie:

Dauer und Ort (Institution):
Abschlussjahr:

Bitte Kopie des Diploms oder des Fähigkeitsausweises beilegen! Beleg Nr.

2.3 Praktika (als Bestandteil der Ausbildung):

Art:	Institution / Ort:	Dauer:
.....
.....
.....
.....

Bitte Kopien der Praktikumbestätigungen (-zeugnisse) beilegen! Beleg Nr.

3. Berufsausübung

3.1 Bisherige Tätigkeiten (Berufspraxis)

Art:	Institution / Ort:	von / bis	Beleg Nr.:
.....
.....
.....
.....
.....

Im Kanton Obwalden tätig seit:

3.2. Ergänzende Angaben zur Berufsausübung:

Pensum (in %):

Weitere Angaben:

.....
.....

4. Räumlichkeiten und Einrichtungen (für die Berufsausübung)

Pläne der Räumlichkeiten: Beleg Nr.

Adresse Räumlichkeiten:

.....
.....
.....

Bemerkungen zu den Räumlichkeiten und Einrichtungen:

.....
.....
.....
.....

Der / die Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....