

Name: .....  
Anschrift: .....  
.....  
.....

DIMDI  
– Gesundheitsberufe –  
Waisenhausgasse 36-38A  
  
50676 Köln

Betr.: Bescheinigung zur Vorlage bei Behörden der USA

Hiermit versichere ich Folgendes:

Das DIMDI hat mich darüber aufgeklärt, dass es mit der von mir beantragten Bescheinigung den Wunsch des Bundesministeriums für Gesundheit zum Ausdruck bringt, dass Ärzte aus der Bundesrepublik Deutschland sich in den USA weiterqualifizieren, und dass diese Bescheinigung keine Aussage zu den Beschäftigungsmöglichkeiten nach meiner Rückkehr aus den USA enthält.

Ich versichere, dass ich diese Bescheinigung ausschließlich zur Vorlage bei den zuständigen Behörden in den USA verwende.

Darüber hinaus versichere ich, dass ich beabsichtige, nach Abschluss meiner Weiterbildung in den USA in die Bundesrepublik Deutschland zurückkehren und im Fachgebiet

...../.....  
(dt.) .. (engl.)

ärztlich tätig zu werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)