

Name und Anschrift des/der unterzeichnenden Tierarztes/Tierärztin:

Bescheinigung

über die Absolvierung der Praxisphase nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 7 Abs. 3 Satz 1 der Ferkelbetäubungssachkundeverordnung - FerkBetSachkV

Frau/Herrn: _____

Straße, Hausnr.: _____

Wohnort: _____

Geburtsort und -datum: _____

Datum und Ort der theoretischen Prüfung: _____

wird hiermit das Absolvieren der Praxisphase nach § 6 Abs. 2 Nr. 4 i.V.m. § 7 Abs. 3 Satz 3
FerkBetSachkV

in einem Betrieb

Name, Anschrift: _____

in einer Schulungseinrichtung

Name, Anschrift: _____

bescheinigt.

Er/Sie hat die praktische Durchführung der Betäubung von Ferkeln zum Zweck der Kastration nach
der FerkBetSachkV unter meiner ständigen Aufsicht und Anleitung geübt und wurde auf die prakti-
sche Prüfung nach § 7 Absatz 3 Satz 2 vorbereitet.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Tierarztes/Tierärztin