

# Freistellungserklärung des Arbeitgebers

Herr/Frau .....

geboren am .....

wird für die Teilnahme am Kurs der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

## „IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte“

in der Zeit vom ..... bis .....

freigestellt. Die Veranstaltungsübersicht habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum  
Unterschrift des Teilnehmenden

---

Ort, Datum  
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers