

Hinweis nach § 10 Abs.4 Bremisches Datenschutzgesetz: Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn sämtliche erbetenen Personendaten angegeben werden. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind § 2 Abs.6 StVG und § 21 FeV. Ihre Personendaten werden gemäß §§ 50 und 51 StVG auch dem Zentralen Fahrerlaubnisregister beim Kraftfahrt-Bundesamt übermittelt und dort gespeichert. Der Antrag verfällt, bzw. gilt als zurückgenommen, wenn die Befähigungsprüfung nicht innerhalb eines Jahres seit Abgabe des Prüfauftrages an den Technischen Überwachungs-Verein abgelegt wird.

Familienname _____ Vorname/n _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname/frühere(r) Name(n) _____

Anschrift/Straße _____ Bremerhaven

Telefon tagsüber _____ gültiger Ausweis: _____

Erklärung: Ich beantrage (Zutreffendes bitte ankreuzen)

die **Ersterteilung** einer Fahrerlaubnis Klasse/n _____ mit / ohne 95 *

Begleitetes Fahren ab 17 mit der/den Klasse/n _____ (Anzahl Begleiter: _____)

die **Erweiterung** meiner Fahrerlaubnis auf Klasse/n _____ mit / ohne 95 *
(bitte Führerschein/Kopie vorlegen)

Theoretische Prüfung in folgender Fremdsprache _____ Die theoretische Prüfung wird als PC-Prüfung neben deutsch auch in **englisch, französisch, griechisch, hocharabisch, italienisch, kroatisch, polnisch, portugiesisch, rumänisch, russisch, spanisch und türkisch** angeboten.

Ich erhalte Unterricht bei der **Fahrschule:** _____ **Stempel der Fahrschule:** _____

Ich möchte die Fahrprüfung ablegen auf einem Kraftfahrzeug

mit **Schaltgetriebe** mit **automatischer Kraftübertragung**

bei dem auswärtigen TÜV in: **Bezeichnung + Adresse:** _____

Ich trage im Straßenverkehr eine Sehhilfe nein ja

bei Antragstellung ist vorzulegen: – Personalausweis oder Reisepass, bisheriger Führerschein (falls vorhanden),
– 1 biometrisches Passfoto (35 x 45 mm)
– Nachweis über die Ausbildung in Erster Hilfe

bei den Klassen A, A1, A2, AM, B, BE, L, T – Sehtest

bei den Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E – Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung
– Zeugnis o. Gutachten eines Augenarztes
– Nachweis Berufskraftfahrerqualifikation bei gewerblicher Nutzung *

Datum: _____

Unterschrift: _____