

Staatliche Arbeitsschutzbehörde  
bei der Unfallkasse Nord  
Seekoppelweg 5a  
24113 Kiel

**Antrag auf Erteilung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung nach § 34 Abs. 2 der Ersten Verordnung zum Sprengstoffgesetz**

**Bitte beachten Sie, dass die Unbedenklichkeitsbescheinigung und die Kostenfestsetzung nur an den Antragsteller persönlich geschickt werden können!**

Für die Teilnahme an einem Sachkundelehrgang nach § 34 Abs. 2 der 1. SprengV bitte ich um Ausstellung einer Unbedenklichkeitsbescheinigung.

Diese Bescheinigung wird benötigt für die Teilnahme am staatlich anerkannten Lehrgang im Sprengstoffrecht für: \_\_\_\_\_

---

**Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Kreis/ Land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Geburtsname der Mutter: \_\_\_\_\_

Lehrgangsträger: \_\_\_\_\_

Ort und Datum des Lehrgangs: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Beurteilung der persönlichen Eignung

Die Erlaubnisbehörde hat die persönliche Eignung vor Erteilung einer Erlaubnis nach § 7 Sprengstoffgesetz oder eines Befähigungsscheins nach § 20 Sprengstoffgesetz zu prüfen. Die persönliche Eignung schließt die körperliche Eignung ein. Für die körperliche Eignung ist eine Stellungnahme des Hausarztes oder Betriebsarztes erforderlich (§ 8b Sprengstoffgesetz).

## Angaben zur Person der Antragstellerin/ des Antragstellers

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Ort:

## Bestätigung der Antragstellerin/ des Antragstellers:

Hiermit bestätige ich, dass ich geschäftsfähig bin und dass ich nicht abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln, psychisch krank oder debil bin. Außerdem bestätige ich, dass keine anderen Umstände vorliegen aufgrund deren ich mit explosionsgefährlichen Stoffen nicht vorsichtig oder sachgemäß umgehe oder diese nicht sorgfältig aufbewahren kann und dass eine konkrete Gefahr einer Fremd- oder Selbstgefährdung besteht.

Ort/ Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

## Bestätigung des Arztes:

Ich bestätige, dass vorgenannte Person eine ausreichende Seh- und Hörfähigkeit, Farbtüchtigkeit, volle Gebrauchsfähigkeit der Hände und ausreichende Beweglichkeit im Gelände besitzt und frei von schweren Sprachfehlern und chronischen Krankheiten ist.

Evtl. Bemerkung:	
Ort/ Datum:	Stempel und Unterschrift: