

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Tel.-Nr.
Geburtsdatum und Geburtsort	Mobil
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)	E-Mail

Landkreis Aurich
 Amt für Bürgerdienste, Ordnung, Sicherheit
 - Untere Jagd- und Waffenbehörde -
 Fischteichweg 7-13
 26603 Aurich

Antrag auf Zulassung zur Prüfung zwecks Erlangung des ersten Jagdscheines

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Prüfung zwecks Erlangung meines ersten Jagdscheines und erkläre:

1. Ich bin voll geschäftsfähig und stehe nicht unter vorläufiger Vormundschaft.
2. Gegen mich ist keine Verfügung einer Strafverfolgungsbehörde oder einer Verwaltungsbehörde und keine gerichtliche Einschränkung ergangen, aus der sich ergeben könnte, dass ich geschäftsunfähig, in der Geschäftsfähigkeit beschränkt, trunksüchtig, rauschmittelsüchtig, geisteskrank oder geistesschwach bin.
3. Ich bin vor Abgabe dieser Erklärung nicht wegen einer Straftat rechtskräftig verurteilt worden.
4. Gegen mich ist kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig.
5. Gegen mich ist vor Abgabe dieser Erklärung keine Geldbuße wegen Verstoßes gegen eines der folgenden Gesetze verhängt worden: Waffengesetz, Gesetz über die Kontrolle von Kriegswaffen, Sprengstoffgesetz, Bundesjagdgesetz, Niedersächsisches Jagdgesetz.
6. Es ist mir nicht bekannt, dass bei der zuständigen Verfassungsschutzbehörde Tatsachen vorliegen, die Bedenken gegen die Zuverlässigkeit gem. § 5 Absatz 2 und 3 WaffG begründen.

Ort, Datum **Unterschrift**

Sofern Antragsteller(in) minderjährig:

Ort, Datum **Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter(s)**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Landkreis Aurich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landkreis Aurich auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter(s)

Ansprechpartner: Herr Aden / Herr Bents / Frau Klooster
 Tel.: 04941/16-3231 oder 04941/16-3230 oder 04941/16-3235
 Fax.: 04941/16-3297
 Zimmer: 1.099 - 1.100
 E-Mail: waffenbehoerde@landkreis-aurich.de

Erreichbarkeiten: Montag bis Donnerstag
 08:00 Uhr - 12:00 Uhr und 14:30 Uhr - 16:00 Uhr

Freitag
 08:00 Uhr – 12:00 Uhr

Wird durch das Amt für Bürgerdienste, Ordnung und Sicherheit ausgefüllt:

Zuverlässigkeitsüberprüfung abgeschlossen
 Bestätigungsschreiben der Zulassung zur Prüfung erteilt am _____
 Gebühr i.H.v. _____€ über Abbuchung (Gebührennummer _____) Barzahlung

Aurich,

Datum

Unterschrift des Sachbearbeiters