

Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung/Teilqualifikation gem. § 8b (10) BAG

Lehrvertragsnummer:

Berufsbezeichnung lt. Ausbildungsvertrag:

Ausbildungsbeginn: Ausbildungsende:

Familienname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer / Geburtsdatum:

SV-Nummer	Tag	Monat	Jahr
-----------	-----	-------	------

Geschlecht: m w

Strasse:

PLZ: Ort:

Tel.Nr.: Email:

Berufsausbildungsassistenz:

Titel: Nachname: Vorname:

Zusendeadresse:

Telefon: E-Mail-Adresse:

Sozialversicherungsnummer / Geburtsdatum:

SV-Nummer	Tag	Monat	Jahr
-----------	-----	-------	------

Ausbildungsbetrieb:

Firmenname:

Ansprechpartner: Telefon:

Beilage: Ausbildungsvertrag und Prüfungsziele

Zur Information:

- Derzeit beträgt die Prüfungstaxe € 137,-, die Gebührenvorschreibung erhalten Sie mit einer Zahlungsreferenz, per Mail. Bitte nicht davor einbezahlen!

Datum: Unterschrift Antragstellers:

Unterschrift Berufsausbildungsassistenz:.....

Prüfungsziele

- mind. 5 – max. 7 klar deklarierte Prüfungsziele
- ein Ziel muss die Sicherheitsbestimmungen laut Lehrberuf beinhalten

1, _____

2, _____

3, _____

4, _____

5, _____

6, _____

7, _____