

Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung

(§ 45, Abs. 2, BBiG)

Ausbildungsberuf (Fachrichtung): _____

Prüfungstermin: Sommer 20____
Winter 20____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum und (-ort): _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss: Berufsreife (Hauptschulabschluss)
 Mittlere Reife
 Hochschulreife (Abitur)

Ausbildung und einschlägige Berufspraxis

Haben Sie bereits an einer Berufsabschlussprüfung teilgenommen? ja nein

Wenn ja, in welchem Beruf: _____

Prüfungsdatum: _____

Prüfende Stelle: _____

Einschlägige Berufspraxis (Tätigkeit entspricht dem Prüfungsberuf)

als _____ von _____ bis _____

in Firma _____

als _____ von _____ bis _____

in Firma _____

als _____ von _____ bis _____

in Firma _____

als _____ von _____ bis _____

in Firma _____

zur Zeit als _____ seit _____

in Firma _____

Wichtig!!

Dieser Antrag ist im Original einzureichen.

Bitte reichen Sie einen Lebenslauf ein.

Die Zeiten sind durch Tätigkeitsnachweise bzw. Zeugnisse zu belegen.

Sollte der Ausbildungsberuf prüfungsrelevante Wahlqualifikationen beinhalten, sind diese anzugeben und die entsprechenden Praxiszeiten nachzuweisen.

WQ: _____ Berufspraxis: _____

WQ: _____ Berufspraxis: _____

WQ: _____ Berufspraxis: _____

Falls Materialien, Werkzeuge, Maschinen und Einrichtungen für die Durchführung der Prüfung benötigt werden, sind diese durch den Antragsteller bereitzustellen.

Bemerkung IHK: _____

Sofern Prüfungen in einem betrieblichen Umfeld stattfinden, ist der Antragsteller für die Bereitstellung der betrieblichen Anlagen verantwortlich.

Betriebliches Umfeld ist erforderlich (wird von der IHK ausgefüllt)

Firma: _____

Ansprechpartner/in: _____

Bemerkung IHK: _____

Für die Eintragung und Durchführung der Prüfung werden Gebühren gemäß der Gebührenordnung der IHK Trier (www.ihk-trier.de) erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Ihre personenbezogenen Daten werden zur Bearbeitung Ihres Anliegens verarbeitet. Dies geschieht entweder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 e) DSGVO, § 3 LDSG oder des Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO oder auf Grund Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO. Nähere Angaben zu uns als verantwortlicher Stelle, der Datenverarbeitung sowie Ihren Rechten als Betroffener finden Sie unter www.ihk-trier.de.

Wird von der Kammer ausgefüllt!

Nachweise für einschlägige Berufspraxis wurden für einen Zeitraum von ____ Jahren ____ Monaten vorgelegt!

Erforderlich Praxiszeiten wurden nachgewiesen

Erforderliche Praxiszeiten wurden nicht oder nicht vollständig nachgewiesen

Bemerkung: _____

Datum / Unterschrift IHK