## Der Senator für Finanzen

Referat 33 - zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz Am Tabakquartier 56 28197 Bremen

## ANMELDUNG zur Prüfung nach der Ausbilder-Eignungsverordnung

1. Angaben zur Person				
Name, Vorname:				
Geschlecht: □ w □ m □ d □ ohne Angabe				
Geburtsdatum: Geburtsort:				
Staatsangehörigkeit:				
Wohnsitz (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):				
Telefonnummer:				
E-Mail:				
Arbeitgeber: (Dienststelle, Anschrift, Kontaktdaten)				
2. Duilfurges and anaiturge				
2. Prüfungsvorbereitung				
Ich habe/werde in der Zeit vom bis an einem Lehrgang zur				
Vorbereitung auf diese Prüfung teilgenommen/teilnehmen.				
Name u. Ort des Bildungsträgers:				
3. Schulbildung				
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:				
□ ohne Hauptschulabschluss □ Hauptschulabschluss				
☐ Realschulabschluss oder vergleichbarer Abschluss				
☐ Hochschul-/Fachhochschulreife				
□ im Ausland erworbener Abschluss, der nicht zuordenbar ist				

4. Berufsvorbildung				
Ist bereits eine Berufsausbildung oder eir	n Studium erfolgt?	□ ja	□ nein	
Wenn ja, welche/s:				
<ul> <li>□ Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag (nach BBiG/HwO) erfolgreich beendet</li> <li>□ Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag (nach BBiG/HwO) nicht erfolgreich beendet</li> <li>□ Schulische Berufsausbildung (voll qualifizierender Berufsabschluss) erfolgreich beendet</li> <li>□ Schulische Berufsausbildung (voll qualifizierender Berufsabschluss) nicht erfolgreich beendet</li> <li>□ Studium erfolgreich beendet</li> <li>□ Studium nicht erfolgreich beendet</li> </ul>				
5. Angaben zur künftigen Ausbildung	sstätte (Dienststelle, Anschr	ift, Kontak	tdaten)	
In welchem Beruf soll künftig ausgebildet werden?				
6. Erklärung				
Ich habe an einer Prüfung nach der Ausbilder-Eignungsverordnung				
□ <b>bereits teilgenommen.</b> (Bitte in dem Fall Nachweise über das Ergebnis beifügen.)				
□ bisher nicht teilgenommen.				
7. Wird für die Prüfung ein Nachteilsausgleich beantragt?				
☐ <b>ja</b> (Bitte in diesem Fall einen ausführlichen Antrag mit entsprechender ärztlicher Begründung einreichen.)				
□ nein				
Ort, Datum	Unterschrift			