

Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste

Thüringer Landesverwaltungsamt Referat 120 Zuständige Stelle nach BBiG Jorge-Semprún-Platz 4
99423 Weimar

Allgemeine Angaben:

Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste	Fachrichtung
Jahr der Prüfung _____	Prüfungstermin
Prüfungsart	

Prüfungsteilnehmer

Vorname	Nachname		
Geschlecht			
Geburtsort	Geburtsdatum		
Straße	Nummer	PLZ	Wohnort
Bundesland			
Telefon		E-Mail	

Schwerbehinderung nach SGB IX (mit Nachweis)

Ausbildungs-/Umschulungsstätte:

Bezeichnung			
Straße	Nummer	PLZ	Wohnort
Ansprechpartner			
Telefon		E-Mail	
Bundesland			

Erklärung

Ich habe noch nicht an einer Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung _____ in Thüringen oder einem anderen Bundesland teilgenommen.

Ich habe bereits _____ erfolglos an einer Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung _____ in Thüringen oder einem anderen Bundesland teilgenommen.

Ich habe bereits dreimal erfolglos an einer Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung _____ in Thüringen oder einem anderen Bundesland teilgenommen und einen Bescheid über das endgültige Nichtbestehen von der zuständigen Stelle des Landes erhalten.

Zulassungsvoraussetzungen

Der _____ ist im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen unter der Nr.:

Die Zwischenprüfung wurde abgelegt am:

Das Berichtsheft wurde ordnungsgemäß geführt ja nein

Fehlzeiten des

bei dreijähriger Ausbildung mehr als 6 Monate ja nein

bei zweijähriger Ausbildung mehr als 4 Monate ja nein

Prüfungserleichterung

wird beantragt ja nein

Das Formblatt "Ärztliche Bescheinigung für den Antrag auf Prüfungserleichterung" ist beigelegt.

Einverständniserklärung gemäß § 4 (1) Thüringer Datenschutzgesetz:

Mit der Nutzung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personengebundenen Daten im Rahmen des Zulassungs- und Prüfungsverfahrens durch die zuständige Stelle und die mit der Abnahme der Prüfung beauftragten Einrichtungen bin ich einverstanden.

Datum

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ausbildungs-/Umschulungstätte