

Anmeldung zur Zwischenprüfung

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Referat Aus- und Fortbildung,
Prüfungsangelegenheiten
Braustr. 2
04107 Leipzig

1. Allgemeine Angaben *

Ausbildungsberuf

Fachrichtung

Berufsschule

Jahr der Zwischenprüfung

2. Prüfungsteilnehmer *

Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

3. Ausbildungsstätte / Umschulungsstätte *

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner

Telefon

E-Mail

4. Zusätzliche Angaben

Ärztliche Bescheinigung nach JArbSchG

Die ärztliche Bescheinigung muss vorgelegt werden, wenn der Auszubildende zu Beginn des 2. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Eintragung in das Berufsausbildungsverzeichnis ist zu löschen, wenn die ärztliche Bescheinigung nicht spätestens am Tag der Zwischenprüfungsanmeldung vorgelegt wird, § 35 Abs. 2 Satz 2 (BBiG).

Die ärztliche Bescheinigung über die Nachuntersuchung nach § 33 JArbSchG: *

liegt bei liegt bereits vor nicht erforderlich

Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich

Ich beantrage eine Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich und das Formblatt "Ärztliche Bescheinigung für den Antrag auf eine Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich" ist diesen Formular beigelegt

Hinweis:

Wird eine Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich beantragt, reichen Sie bitte ein vom Arzt ausgefülltes separates Formular (speziell für jeden Ausbildungsberuf) ein!

Datenschutzhinweis

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link [sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.](#)

Auszubildender/Umschüler

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind und im Druckteil keine Änderungen vorgenommen wurden.

Datum * Ort *

Unterschrift Auszubildender/Umschüler

Gesetzliche(r) Vertreter

Datum Ort

Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter
(falls notwendig)

Ausbilder/Ausbildungsstätte/Umschulungsstätte

Datum * Ort *

Unterschrift Ausbilder/
Ausbildungsstätte/Umschulungsstätte