Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Anmeldung zur Fortbildungsprüfung

zum Nachweis der berufs- und arbeitspädagogischen Qualifizierung der ausbildenden Fachkräfte

gemäß § 9 der Prüfungsordnung der Landesdirektion Sachsen für die Fortbildungsprüfung zum Nachweis der berufs- und arbeitspädagogischen Qualifikation der ausbildenden Fachkräfte
(POQuadaF)

Absender

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

1. Allgemeine Angaben *

Prüfungsart ☐ Erstprüfung ☐ 1. Wiederholungsprüfung ☐ 2. Wiederholungsprüfung

Jahr der Prüfung

2. Prüfungsteilnehmer *

Name, Vorname

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail

Telefon

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

☐ (1) ohne Ersten Schulabschluss (ehem. Hauptschulabschluss)
☐ (2) Erster Schulabschluss (ehem. Hauptschulabschluss)
☐ (3) Mittlerer Schulabschluss (ehem. Realschulabschluss oder vergleichbarer Abschluss)
☐ (4) Hochschul- und Fachhochschulreife
☐ (5) im Ausland erworbener Abschluss, der nicht den Schlüsseln (1) - (4) zugeordnet werden kann

Etwaige Vorbildung

☐ ohne

Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag (nach BBiG/HwO)	☐ erfolgreich beendet	☐ nicht erfolgreich beendet
Schulische Berufsausbildung (voll qualifizierender Berufsabschluss)	☐ erfolgreich beendet	☐ nicht erfolgreich beendet
Studium	☐ erfolgreich beendet	☐ nicht erfolgreich beendet

Speichern ... Drucken ... Löschen ...

ldl_s_12_fp_quad
Stand: 10.08.2026

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

3. Zulassungsvoraussetzungen *

Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis mit einer juristischen Person des öffentlichen Rechts (z. B. Behörde) bzw. mit einer juristischen Person des Privatrechts, an der eine juristische Person des öffentlichen Rechts beteiligt ist (z. B. öffentlicher Eigenbetrieb/Regiebetrieb) ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja,

Firmenname | Postleitzahl | Ort

☐ **Ich habe die erforderliche berufs- und arbeitspädagogische Qualifikation im Sinne des § 11 der POQuadaF erworben durch**

- ☐ Teilnahme an beruflichen Fortbildungsmaßnahmen Maßgabe des Lehrplans der Landesdirektion Sachsen

oder

- ☐ auf andere Weise.

Entsprechende Nachweise sind beigefügt.

4. Prüfungsgebühr/Bestätigung der Anmeldung *

☐ Die Prüfungsgebühr entrichtet der Arbeitgeber.
Eine Bestätigung der Kostenübernahme durch den Arbeitgeber ist beigefügt.

☐ Von der Prüfungsgebühr befreit.
Eine Bestätigung der Anmeldung zur Prüfung durch eine Behörde oder ein Gericht des Freistaates Sachsen ist beigefügt.

☐ Die Prüfungsgebühr entrichtet der Prüfungsteilnehmer.

5. Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich

☐ Ich beantrage eine Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich und folgendes Formular ist beigefügt:
Fachärztliche Bestätigung für den Antrag auf Prüfungsvergünstigung/Nachteilsausgleich

6. Erklärungen/Hinweise

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

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 https://www.lds.sachsen.de/datenschutz sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Datum/Unterschrift Prüfungsteilnehmer

Speichern ... Drucken ... Löschen ...