

Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

(auch Anmeldung zur Vervollständigung einer wg. Krankheit nicht abgeschlossenen Prüfung)



Rheinland-Pfalz

AUFSICHTS- UND
DIENSTLEISTUNGSDIREKTION

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion
Zuständige Stelle für Berufsbildung
Referat 12
Postfach 100104
67401 Neustadt an der Weinstraße

Anmeldung für die <input type="checkbox"/> Sommer- <input type="checkbox"/> Winterprüfung im Jahr _____
Ich bitte mich von folgenden Arbeitsfeldern zu befreien:
<input type="checkbox"/> Arbeitsfeld Hausreinigung
<input type="checkbox"/> Arbeitsfeld Textilpflege
<input type="checkbox"/> Arbeitsfeld Küche

Angaben zum Prüfling und zum Ausbildungsverhältnis

Ausbildungsberuf: Fachpraktiker/in Hauswirtschaft

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

private Anschrift: _____

Emailadresse: _____

Ausbildungsstätte: _____

Berufsschule: _____

Ein Nachteilsausgleich wird beantragt und ein fachärztliches Attest wird beigelegt.

Ich bin mit der Anmeldung zur Wiederholungsprüfung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden bzw.
Umschülerin/Umschülers

Die Richtigkeit aller Angaben dieser Prüfungsanmeldung wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden