**Antrag auf Zulassung zur Fortbildungsprüfung**

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Zuständige Stelle für Berufsbildung

Willy-Brandt-Platz 3

54290 Trier **per E-Mail an: Berufsbildung@add.rlp.de**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ich beantrage die Zulassung zur Fortbildungsprüfung**  **zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt**  gemäß der Fortbildungsregelung zur Durchführung von Fortbildungsprüfungen  zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt | |
| Prüfungstermin: | (Jahr) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum Prüfungsbewerber / zur Prüfungsbewerberin** | | | | |
| Geschlecht: | männlich | weiblich | divers |  |
| Name, Vorname: |  | | | |
| Geburtsdatum und  Geburtsort: |  | | | |
| Staatsangehörigkeit: |  | | | |
| private Anschrift: |  | | | |
|  | | | |
| Telefon / Mobil: |  | | | |
| Emailadresse: |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber** | |
| Name: |  |
| Anschrift: |  |
|  |
| Ansprechpartner\*in: |  |
| Telefon / Mobil: |  |
| Emailadresse: |  |

|  |
| --- |
| **Erklärung des Prüfungsbewerbers / der Prüfungsbewerberin:** |

Ich erkläre, dass ich mich weder bei einer anderen zuständigen Stelle zu einer vergleichbaren Prüfung angemeldet habe, noch vor der Entscheidung über die Zulassung anmelden werde.

Ich erkläre, dass alle Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig sind.

Ich habe den datenschutzrechtlichen Hinweis zur Kenntnis genommen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Prüfungsbewerber/in |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur Ausbildung und Berufspraxis** | | |
| erster Ausbildungsberuf | weiterer Ausbildungsberuf | weiterer Ausbildungsberuf | |
| mit Abschluss | mit Abschluss | mit Abschluss | |
| ohne Abschluss | ohne Abschluss | ohne Abschluss | |

Weitere berufsqualifizierende Abschlüsse:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Berufspraxis** | | | |
| Beschäftigt als | bei | von bis | Monate | |
| Beschäftigt als | bei | von bis | Monate | |
| Beschäftigt als | bei | von bis | Monate | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erwerb von beruflichen Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten** | |
| Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme im Umfang von mind. 500 Stunden. | |
| von bis | bei |
| Anderweitiger Erwerb der Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die eine   Zulassung zur Fortbildungsprüfung rechtfertigen. | |
| von bis | bei |
| von bis | bei |

|  |
| --- |
| **Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:** |

Tätigkeitsbescheinigung des derzeitigen Arbeitgebers

Zeugnisse über Berufsabschlussprüfung

|  |
| --- |
| Hinweise auf körperliche, geistige oder seelische Behinderungen des Prüfungsbewerbers / der Prüfungsbewerberin, die für den Prüfungsausschuss von Bedeutung sind: |

|  |
| --- |
| **Datenschutzrechtlicher Hinweis** |
| Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden zu Zwecken der Abwicklung und Durchführung der Prüfung verarbeitet und an den zuständigen Prüfungsausschuss weitergeleitet.  Die ausführlichen datenschutzrechtlichen Informationspflichten nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) finden Sie unter dem Link:  https://add.rlp.de/ueber-uns/datenschutz |