**Antrag auf Zulassung zu Teil 2 der Abschlussprüfung**

gem. § 44 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Zuständige Stelle für Berufsbildung

Willy-Brandt-Platz 3

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum Prüfling und zum Ausbildungsverhältnis** | | | | |
| Ausbildungsberuf: | **Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement** | | | |
| Name, Vorname: |  | | | |
| Geb.-Datum: |  | | Geb.-Ort: |  |
| Private Anschrift |  | | | |
| Emailadresse: |  | | | |
| Ausbildungsstätte: |  | | | |
| Berufsschule: |  | | | |
| Anzahl Fehltage: |  | (Fehltage in Betrieb und Berufsschule seit Ausbildungsbeginn) | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben für den Prüfungsbereich „Fachaufgabe in der Wahlqualifikation“**  Grundlage für das Fachbezogene Fachgespräch ist eine von zwei Wahlqualifikationen.  Bitte geben Sie hier Ihre Wahlqualifikation an: | | | | | |
|  |  |  | 2. | |  |
|  | | | | | |
| Festlegung der Prüfungsvariante für das fallbezogene Fachgespräch: | | | | | |
| Report-Variante | | | | Klassische Variante | |

|  |  |
| --- | --- |
| Wurden die Ausbildungsinhalte entsprechend des Ausbildungsrahmenplans vermittelt? | ja  nein |
| Ist der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) ordnungsgemäß geführt und von dem Ausbildenden und der/dem Auszubildenden unterzeichnet? | ja  nein |
| Wurde am Teil 1 der Abschlussprüfung teilgenommen? | ja  nein |
| Wird ein Nachteilsausgleich beantragt und ein fachärztliches Attest beigefügt? | ja  nein |

Ich bin mit der Anmeldung zu Teil 2 der Abschlussprüfung einverstanden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Auszubildenden bzw. Umschülerin/Umschülers |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten |
|  |  | (Nur bei Auszubildenden, die das 18. Lebensjahr  noch nicht vollendet haben.) |

Die Richtigkeit aller Angaben dieser Prüfungsanmeldung wird bestätigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Ausbildenden |