**Antrag auf Verlängerung der Ausbildungszeit**

gem. § 8 Absatz 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Zuständige Stelle für Berufsbildung

Willy-Brandt-Platz 3

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

|  |
| --- |
| **Ich beantrage die Verlängerung der Ausbildungszeit gemäß § 8 Abs. 2 BBiG um**  |
|  [ ]  1 Jahr [ ]  ½ Jahr [ ]  \_\_ Monate  |

|  |
| --- |
| **Angaben zum / zur Auszubildenden** |
| Ausbildungsberuf: |       |
| Name, Vorname: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| private Anschrift:  |       |
|       |
| Telefon / Mobil: |       |
| Emailadresse: |       |

|  |
| --- |
| **Erklärung des Antragstellers / der Antragstellerin**  |

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

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

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

Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 BBiG sind Ausbildende vor einer Entscheidung zu hören, ob die Verlängerung der Ausbildungszeit erforderlich ist, um das Ausbildungsziel zu erreichen.

Wir bitten Sie, den Antrag auf Verlängerung der Ausbildungszeit Ihrer Ausbildungsstätte und der Berufsbildenden Schule zu übergeben, die auf den Seiten zwei und drei zu Ihrem Antrag Stellung nimmt.

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

|  |
| --- |
| **Stellungnahme der Ausbildungsstätte****zum Antrag auf Verlängerung der Ausbildungszeit gem. § 8 Abs. 2 Satz 2 BBiG** |
|  |
| Ort, Datum: |       |
| Unterschrift: |  |
| Dienstsiegel, bzw. Stempel der Ausbildungsstätte |  |

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

|  |
| --- |
| **Stellungnahme der Berufsbildenden Schule****zum Antrag auf Verlängerung der Ausbildungszeit gem. § 8 Abs. 2 Satz 2 BBiG** |
|  |
| Ort, Datum: |       |
| Unterschrift: |  |
| Dienstsiegel, bzw. Stempel der Berufsbildenden Schule |  |