

Stand 2020

Förderungsnummer

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

[Empty box for address of the awarding authority]

Eingangsstempel

Bestätigung der Zulassungsvoraussetzungen

DURCH DEN/DIE TEILNEHMER/IN AUSZUFÜLLEN!

Form fields for personal data: Familienname, Geburtsname, Vorname(n), Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Behörde.

Ich beabsichtige, die Fortbildungsmaßnahme zum/zur

Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Fortbildungsabschlusses

bei folgendem Fortbildungsträger

[Empty box for provider name]

in der Zeit von Datum (erster Unterrichtstag) bis Datum (letzter Unterrichtstag) zu absolvieren.

DURCH DIE PRÜFUNGSSTELLE AUSZUFÜLLEN, DIE ZUR ZULASSUNG DER FORTBILDUNGSPRÜFUNG ZUSTÄNDIG IST! BESCHEINIGUNG NACH § 9 AFBG

Main certification section with text: Als zuständige Stelle für die Abnahme der o. g. Fortbildungsprüfung bestätigen wir, dass die o.a. Teilnehmerin / der o.a. Teilnehmer die Voraussetzungen - soweit sie nicht erst im Rahmen dieser Fortbildung erfüllt werden können - für die Zulassung zur angestrebten Fortbildungsprüfung gem. § der Fortbildungsordnung zur/zum anerkannter Abschluss Stufenzuordnung BBiG/HwO/vergleichbare Fortbildung DQR-Einstufung bereits vor Beginn der Maßnahme erfüllt/erfüllt hat. vor Beginn der Maßnahme nicht erfüllt. erfüllt (Zulassung aufgrund eines Ausnahmetatbestandes) wenn ja, welcher? wann erreicht? nicht erfüllt, aber die für die Prüfungszulassung erforderliche fehlende zusätzliche Berufspraxis kann noch bis zum letzten Unterrichtstag der Datum Maßnahme erworben werden. Die konkrete Möglichkeit hierzu wurde nachgewiesen (z.B. Arbeitsvertrag). nicht erfüllt, aber die für die Prüfungs-/Schulzulassung noch fehlende formale Vorqualifikation (Ausbildungsabschluss; anderer Fortbildungsabschluss) wird im Rahmen eines strukturierten anerkannten Programmes bis zum letzten Unterrichtstag der Datum Maßnahme erworben. Die Prüfungsstelle muss generell und formal anerkannt haben, dass die Ausbildung und die Fortbildung bzw. die beiden Fortbildungen so untereinander verzahnt sind, dass sie sinnvoll aufeinander aufbauen.

Es wird versichert, dass die in Zeile 8 bis 15 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Form fields for contact information: Telefonnummer für evtl. Rückfragen, Stempel der für die Prüfung zuständigen Stelle, Datum, Unterschrift(en)