

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

AUSBILDUNG

Anzeige Verlängerung Ausbildungszeit wegen Elternzeit

Auszubildende:r

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Ausbildende:r

Name, Vorname:

Anschrift / Praxisstempel:

Die/Der Auszubildende hat Elternzeit in Anspruch genommen in der Zeit

vom _____ bis _____

Die Ausbildung wird wieder aufgenommen am: _____

Hiermit zeigen wir an, dass sich das Ausbildungsverhältnis um die Zeit der in Anspruch genommenen Elternzeit verlängert, die in die Vertragslaufzeit fällt. Die Anzeige der Verlängerung wird eingereicht bei der **Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 – Schwerpunkt Berufsbildung, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin**.

Nachweise für Beginn und Ende der Elternzeit sind beigelegt, z. B. Geburtsurkunde in Kopie

x

Datum, Unterschrift **Auszubildende:r**

bei Minderjährigkeit: Unterschrift gesetzliche:r Vertreter:in

x

Datum, Unterschrift **Ausbildende:r**

Registrierungsvermerk der Ärztekammer Berlin (Reg.-Nr.: _____): Die Verlängerung ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

Neues Ausbildungsende: _____

Zwischenprüfung: Frühjahr / Herbst _____ | **Abschlussprüfung:** Sommer / Winter _____

Datum

Unterschrift Beauftragte:r der Ärztekammer Berlin

(Siegel)