

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

AUSBILDUNG

Antrag auf Verlängerung der Ausbildungsdauer

Auszubildende:r

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Ausbildende:r

Name, Vorname:

Anschrift / Praxisstempel:

Hiermit beantrage ich die Verlängerung meiner Ausbildungsdauer: *(Bitte wählen Sie aus!)*

- um 3 Monate um 12 Monate bis zum Ausbildungsende _____
- um 6 Monate um ____ Monate

Begründung:

Nachweise für den Verlängerungsgrund sind dem Antrag beigefügt, z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Zeugnisse aller absolvierten Berufsschulsemester mit Angabe zu den Fehlzeiten, Bescheinigung des Arbeitgebers zu Fehlzeiten in der Praxis

x

Datum, Unterschrift **Auszubildende:r**

bei Minderjährigkeit: Unterschrift **gesetzliche:r Vertreter:in**

Stellungnahme des/der Auszubildenden zum Antrag auf Verlängerung der Ausbildungsdauer

Auszubildende:r

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ausbildende:r

Name, Vorname:

Anschrift / Praxisstempel:

Ich nehme zum Antrag meine:s Auszubildenden wie folgt Stellung:

Ich **befürworte** die Verlängerung der Ausbildungsdauer aus **folgenden Gründen** (*bitte ausführen*):

Ich **befürworte** die Verlängerung der Ausbildungsdauer aus **folgenden Gründen nicht** (*bitte ausführen*):

Weitere Anmerkungen:

x

Datum, Unterschrift **Ausbildende:r**