**Anmeldung zur Abschlussprüfung**

im Rahmen der Ausbildung der Sozialversicherungsfachangestellten

gemäß § 10 PO-Sofa

**Abschlussprüfung**

Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung

(über: AOK-Bildungszentrum, Mittelsteinbacher Straße 19, 74629 Pfedelbach-Untersteinbach)

Fachrichtung gesetzliche Rentenversicherung

Fachrichtung gesetzliche Unfallversicherung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Angaben zur Prüfungsbewerberin / zum Prüfungsbewerber** | |
| Name, Vorname | |
| Geburtstag | Geburtsort |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort |
| **2.** | **Angaben zur Ausbildungsstätte** | |
| Anschrift | |
| Ausbildungsleitung | Telefonnummer |
| **3.** | **Angaben zur Berufsausbildung** | |
| Dauer der Berufsausbildung:  3 Jahre  2 Jahre  2 ½ Jahre (Antrag auf Zulassung nach § 45 Abs. 1 BBiG)  ohne (A1-Lehrgang, Antrag auf Zulassung nach § 45 Abs. 2 BBiG) **→ weiter bei 4.** | |
| Besuchte Berufsschule: | |
| **Zwischenprüfung** abgelegt  **Berichtsheft** ordnungsgemäß geführt  (Das Berichtsheft ist am Tag der mündlichen Prüfung im Original vorzulegen.) | |
| **4.** | **Evtl. Teilnahme an einer Wiederholungsprüfung** | |
| 1. Wiederholung  2. Wiederholung  → Es ist eine Kopie des Bescheides über das Nichtbestehen beizufügen. | |
| **5.** | **Evtl. Antrag auf Nachteilsausgleich aufgrund einer Behinderung** | |
| ja  → Es ist ein ärztliches Attest oder eine amtliche Bescheinigung beizufügen, aus der sich die Art der Behinderung und der Beeinträchtigung bei der Prüfung ergeben (§ 21 PO-Sofa). | |
| **6.** | Sonstige Bemerkungen: | |

Die oben genannte Person wird mit ihrer Zustimmung zur Abschlussprüfung angemeldet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **X** |
| Datum |  | Unterschrift |

Ministerium für Soziales und Integration

Baden-Württemberg

Referat 62 (Berufliche Bildung)

Postfach 10 34 43

70029 Stuttgart