

# 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

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ministerium für Soziales und Integration  
Baden-Württemberg  
Referat 62 (Berufliche Bildung)  
Postfach 10 34 43  
70029 Stuttgart