

MFA-Ausbildung

Antrag auf Verkürzung der Ausbildungsdauer (§ 8 Abs. 1 BBiG)

Auszubildende:r

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Ausbildende:r

Name, Vorname

Anschrift/Praxisstempel:

Hiermit beantragen wir eine Abkürzung der Ausbildungsdauer

um 6 Monate

um 12 Monate

um ____ Monate

Begründung:

Achtung: Die Verkürzung der Ausbildungsdauer soll möglichst bei Vertragsschluss, spätestens jedoch so rechtzeitig beantragt werden, dass noch mindestens ein Jahr Ausbildungsdauer verbleibt.

Nachweise für den Grund der Abkürzung sind in Kopie beigefügt, z.B. Abiturzeugnis, Zeugnis der Fachhochschulreife, Ausbildungszeugnis.

Datum, Unterschrift Auszubildende:r

bei Minderjährigkeit: gesetzliche:r Vertreter:in

Datum, Unterschrift Auszubildende:r

Von der Ärztekammer Bremen auszufüllen:

Die Verkürzung wurde am _____ in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

Neues Ausbildungsende: _____

Zwischenprüfung: _____

Abschlussprüfung: Sommer / Winter _____

Datum

Unterschrift Ärztekammer Bremen