

Anmeldung zur MFA-Abschlussprüfung Winter 2024/2025 zur Wiederholungsprüfung

Hiermit melde ich gemäß § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte an:

Auszubildende Person:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Handy: _____ Email: _____

Zulassungskriterien gemäß § 39 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz:

1. Ausbildungszeit ist abgeleistet

davon Gesamtfehltag(e) _____ wegen
in der Ausbildungspraxis: _____ Krankheit: _____ unentschuldigt: _____

inkl. Fehlzeiten seit der letzten Prüfung.

Ort, Datum

Unterschrift der ausbildenden Person
und Praxisstempel

Bitte wenden!

2. Fehlzeiten in der Berufsschule

Gesamtfehltage in der Berufsschule: entschuldigt: _____
unentschuldigt: _____
aus betrieblichen Gründen: _____

Sollten Sie die schriftlichen Prüfungen bestanden haben, entfallen die Fehltage in der Berufsschule.

Durch Unterschrift der Lehrkraft wird die Anzahl der Fehltage in der Schule bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Lehrkraft
und Schulstempel

Ort, Datum

Unterschrift der auszubildenden Person

Diese Anmeldung nebst der oben genannten Anlagen senden Sie bitte bis zum **02.10.2024** an die Ärztekammer Bremen.