Bezirkszahnärztekammer Koblenz
Bubenheimer Bann 14
56070 Koblenz

Auszubildende/r

Name:_____

Straße:_____

PLZ Ort:_____

Ausbilder/in/Ausbildende :

Stempel:

Antrag auf vorzeitige Zulassung zum zweiten Teil der Gestreckten Abschlussprüfung (GAP 2)

Hiermit beantrage ich, _____,
Name, Vorname des Prüflings

gemäß § 45 Abs.1 BBiG i.V.m. § 10 Abs. 1 der Prüfungsordnung ZFA, die Ausbildungsverkürzung durch vorzeitige Zulassung zur Gestreckten Abschlussprüfung GAP 2.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Auszubildende/r

Dem o. g. Antrag stimme/n ich/wir zu.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Ausbildende/r (Stempel)

Anlage:

_____**Alle Zeugnisse liegen in Kopie bei**

_____N**och nicht erteilte Zeugnisse werden nachgereicht**

_____**Zustimmung der Berufsbildenden Schule**

Hinweis:
Dieses Formular ist zu verwenden, wenn während der laufenden Ausbildung aufgrund überdurchschnittlicher Leistungen die Ausbildungszeit verkürzt werden soll.