

**Zahnärztlicher Bezirksverband München Stadt und Land
Georg-Hallmaier-Str. 6, 81369 München**

Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit

Zu Beginn der Ausbildung

(bitte beachten: bis spätestens sechs Monate nach Beginn der Ausbildung)

Wir beantragen gem. § 8 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes eine Ausbildungszeitverkürzung von

- (bitte ankreuzen) **1/2 Jahr (Mittlere Reife)**
 1 Jahr ((Fach-)Abitur, abgeschl. Berufsausbildung)

für Frau

_____ **Vorname, Name**

Ausbildungsvertrag Nr. _____

Unterschrift des/r Auszubildenden _____

Unterschrift/-en des/r Erziehungsberechtigten _____

Einverständniserklärung des Ausbilders

Ort und Datum

Unterschrift **und** Stempel des Ausbilders

Begründung: _____

Dem Antrag muss beigefügt sein:

- Fotokopie des Abitur-/Mittlere Reife-Zeugnis**
 Nachweis über abgeschlossene Berufsausbildung

Bestätigung des Zahnärztlichen Bezirksverbandes München Stadt und Land

Der Antrag wurde geprüft. Der Verkürzung der Ausbildungszeit wird

- zugestimmt** **nicht zugestimmt**

Bemerkung: _____

Der Ausbildungsvertrag endet nach der Verkürzung am _____

München, _____

Vorsitzender des ZBV München