

**Zahnärztlicher Bezirksverband München Stadt und Land**  
**Fallstraße 34, 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**