

Ausbildungsstätte

Ort, Datum

Ministerium für Arbeit, Gesundheit
und Soziales des Landes NRW
Zuständige Stelle (VI A 3)
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

**Anmeldung zur Abschlussprüfung nach § 37 BBiG im Ausbildungsberuf Sozial-
versicherungsfachangestellte/r in der Fachrichtung bitte auswählen**

Prüfungsbewerber/in:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	

Es wird bescheinigt, dass der/die Auszubildende den Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) ordnungsgemäß geführt und an der Zwischenprüfung teilgenommen hat.

Unterschrift der Ausbildungsstätte

Ich bin mit der Anmeldung zur Prüfung einverstanden.

Dieser Prüfungsanmeldung sind bei Bedarf folgende Anlagen beizufügen:

- Antrag auf Nachteilsausgleich gem. § 12 PSVO (bitte mit ärztlicher Bescheinigung über Art und Umfang der gesundheitlichen Einschränkung)
- Antrag auf Übernahme des Berufsschulabschlusses in das Abschlusszeugnis (bitte mit Kopie des Berufsschulzeugnisses)

Unterschrift Prüfungsbewerber/in