Anmeldung Abschlussprüfung – Zahnmedizinische Fachangestellte ZF

Angaben zur/zum Auszubildenden:

Berufsschule (Berufsschulstandort)

Familienname (Nachname) **Vorname**

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

Geburtsort Geburtsdatum Nummer des Ausbildungsvertrages

E-Mail-Adresse der/des Auszubildenden Mobilfunknummer

Unterschrift Auszubildende/r

Angaben zur Ausbildungspraxis:

Ausbildungspraxis

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

Unterschrift Ausbildende/r

Prüfungsgebühr:

Mit der Unterschrift zur Prüfungsanmeldung ermächtige ich den für mich zuständigen Zahnärztlichen Bezirksverband, die Prüfungsgebühr (300,00 EUR) von meinem nachfolgend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem für mich zuständigen Zahnärztlichen Bezirksverband auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

☐ ZBV-Beitragskonto
ODER Konto: Kontoinhaber

IBAN BIC

Die Gläubiger-Identifikationsnummer sowie die Mandatsreferenznummer werden vom zuständigen Zahnärztlichen Bezirksverband mitgeteilt. Die Widerspruchsfrist für den Zahlungspflichtigen beträgt acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Stempel und Unterschrift Ausbildende/r (Kontoinhaber/in)

Abschlussprüfung – Zahnmedizinische Fachangestellte ZFA

Ausbildungsbescheinigung

Ausbildungszeit gemäß Ausbildungsvertrag: _____ _____

Beginn (genaue Datumsangaben) Ende

Unterbrechung der Ausbildung

Bitte geben Sie die Dauer der gesamten Fehlzeiten / Unterbrechungszeiten an:

In der Ausbildungspraxis:

Tage: _____ Grund: _____

z. B. Krankheit / Freistellung wg. Beschäftigungsverbot

In der Berufsschule:

Tage: _____ Grund: _____

z. B. Krankheit / Freistellung wg. Beschäftigungsverbot

Die Ausbildung erfolgte nach dem Ausbildungsrahmenplan für Zahnmedizinische Fachangestellte entsprechend § 4 der Ausbildungsverordnung für Zahnmedizinische Fachangestellte.

Ich bestätige hiermit als Ausbilder/in, dass das ☐ Berichtsheft

☐ Röntgen-Nachweisheft

bis zum heutigen Tag von

Frau/Herrn _____ ordnungsgemäß und vollständig geführt wurde/n.

_____ _____ _____

Ort Datum Unterschrift und Stempel der/des ausbildenden Zahnärztin/Zahnarztes

Bei Anmeldung in Sonderfällen (Umschüler/innen, im Ausbildungsberuf Tätige ohne Ausbildungsvertrag) ist die Vorlage von Zeugnissen etc. (§ 9, Abs. 2, 3 und 4 der Prüfungsordnung für Zahnmedizinische Fachangestellte) und Tätigkeitsnachweisen erforderlich.

Das ☐ Berichtsheft

☐ Röntgen-Nachweisheft

wurde/n durch ein Prüfungsausschussmitglied
bzw. eine/n Beauftragte/n des Prüfungsausschusses eingesehen.

_____

Unterschrift Prüfungsausschussmitglied / Beauftragte/r