SACHSEN-ANHALT
Tierärztekammer Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**A n m e l d e f o r m u l a r**
**für die Abschlussprüfung der Tiermedizinischen Fachangestellten**
**gemäß § 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz**

**Wiederholungsprüfung im Jahr** ____

An die
Tierärztekammer Sachsen-Anhalt
Walter-Hülse-Straße 9
06120 Halle (Saale)

**Bitte nur in Druckschrift oder elektronisch ausfüllen!**

| **Ausbildungsstätte:** | **Auszubildende/r:** |
|---|---|
| | **Name, Vorname:**<br>Anschrift: |
| **Ausbilder/in:**<br>(verantwortlicher Tierarzt/Tierärztin) | **E-Mail-Adresse Azubi:**<br>(Zur Notenbekanntgabe der schriftlichen Arbeiten erforderlich.) |
| | |

**Vorausgegangene Prüfungen:**
(Bei vorausgegangener erster Wiederholungsprüfung bitte ein separates Blatt beilegen und die u.g. Angaben dort ergänzen.)

| **Datum der Abschlussprüfung:** | |
|---|---|

| **Prüfungsbereich** | **Note** | **Wiederholungsprüfung erforderlich** (ja/nein)<br>Hinweis: Bei Note 5 oder 6 ist immer eine Wiederholung erforderlich. | **Wiederholungsprüfung wird hiermit beantragt** (ja/nein)<br>Hinweis: Bei mind. ausreichenden Leistungen (4) muss dieses Fach auf Antrag des Prüfungsteilnehmers nicht wiederholt werden. |
|---|---|---|---|
| Behandlungsassistenz | | | |
| Betriebsorganisation und -verwaltung: | | | |
| Wirtschafts- und Sozialkunde: | | | |
| Infektionskrankheiten und Seuchenschutz: | | | |
| Strahlenschutz in der Tierheilkunde: | | | |
| Praktischer Teil der Prüfung: | | | |

**Anmeldung zur (bitte ankreuzen)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ersten Wiederholungsprüfung: | ☐ | zweiten Wiederholungsprüfung | ☐ |

**Der Anmeldung füge ich bei: (bitte mit X bestätigen)**

| | |
|---|---|
| aktueller tabellarischer Lebenslauf mit Unterschrift | ☐ |
| schriftlicher Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) | ☐ |
| ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise | ☐ |
| ggf. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung inkl. Antrag auf Erleichterung im Prüfungsverfahren | ☐ |

**Hiermit melde ich meine/n Auszubildende/n für die Wiederholungsprüfung an. Das Einverständnis des/der o. g. Auszubildenden wird mit unten abgegebener Unterschrift bestätigt.**

| **Ort, Datum** | **Praxisstempel** | **Unterschrift Ausbilder/in** | **Unterschrift Azubi** |
|---|---|---|---|
| | | | |