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 § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz

Externe/r Prüfungsteilnehmer/in im Jahr ____

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

Bitte nur in Druckschrift oder elektronisch ausfüllen!

Externe/r Prüfungsteilnehmer/in:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum, -ort:	
Anschrift:	
E-Mail-Adresse:	
Schulabschluss:	

Ggf. vorangegangene Ausbildungszeiten in einem anderen Beruf:	
Ausbildungsberuf:	
Ausbildungszeitraum von – bis:	
Abschluss ja/nein?:	

Nachweis Tätigkeit im Beruf als ungelernte/r Tiermedizinische/r Fachangestellte/r (Praxis):	
Tierarztpraxis Anschrift: **Tätigkeitszeitraum von – bis:**	
Tierarztpraxis Anschrift: **Tätigkeitszeitraum von – bis:**	
Summe Tätigkeitszeitraum:	

Aktuelle Arbeitsstätte:	
Anschrift:	
Arbeitgeber:	

Der Anmeldung füge ich bei: (Bitte mit ☒ bestätigen.)	
Tätigkeitsnachweise oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten	☐
ggf. Zeugnisse einer weiterführenden Schule in **beglaubigter** Abschrift	☐
aktueller tabellarischer Lebenslauf mit Unterschrift	☐
Nachweis über ausreichende Kenntnisse in Erster Hilfe (Kopie)	☐
ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise	☐
ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung inkl. Antrag auf Erleichterung im Prüfungsverfahren	☐

Hiermit melde ich mich für die Zulassung zur Abschlussprüfung an. Mir ist bekannt, dass ich die Prüfungsgebühr in Höhe von 120,00 Euro selbst zu entrichten habe.

Ort, Datum:	**Unterschrift Prüfungsteilnehmer/in:**