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

Reguläre Abschlussprüfung 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: Anschrift:
Ausbilder/in: (verantwortlicher Tierarzt/Tierärztin)	**E-Mail-Adresse Azubi:** (Zur Notenbekanntgabe der schriftlichen Arbeiten erforderlich.)

Fehltage in der betrieblichen Ausbildung (Praxis):
(Die Fehltage in der Berufsschule werden der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt von der Berufsschule direkt übermittelt.)

Unentschuldigte Fehltage (Praxis):	**Krankheitsbedingte Fehltage (Praxis):**
Nur Ausfüllen bei Praxiswechsel! *Fehltage aus vorangegangenen Ausbildungsverhältnis:*	
Unentschuldigte Fehltage (Praxis):	*Krankheitsbedingte Fehltage (Praxis):*
Summe Fehltage betriebliche Ausbildung:	
Bemerkungen:	
Bestätigung und Signatur des Ausbilders:	

Zwischenprüfung: (Kopie Zwischenprüfungszeugnis beifügen, sofern ZP **nicht** in Sachsen-Anhalt absolviert wurde.

Datum der Zwischenprüfung:		Note:	

Der Anmeldung füge ich bei: (bitte mit X bestätigen)	
letztes Zeugnis der berufsbildenden Schule (Berufsschule) in Kopie	☐
aktueller tabellarischer Lebenslauf mit Unterschrift	☐
schriftlicher Ausbildungsnachweis (Berichtsheft)	☐
Nachweis über ausreichende Kenntnisse in Erster Hilfe (Kopie)	☐
Nachweis über ausreichende Kenntnisse Strahlenschutz (Kopie)	☐
Fragebogen für die Ausbilder	☐
ggf. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung inkl. Antrag auf Erleichterung im Prüfungsverfahren	☐

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

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