



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Teilnahmebestätigung

zum ESF-Programm 2.8 Prüfungsgebühren

für Jugendliche mit vollzeitschulischer beruflicher Ausbildung

Name und Anschrift des Schulträgers:

Name, Vorname des Prüflings:

Name und Anschrift der zuständigen Kammer:

Datum der Prüfung:

Zwischenprüfung

Abschlussprüfung

Sonstige Prüfung

Hiermit wird bestätigt, dass der/die o.g. Auszubildende gemäß Bescheid bzw. Rechnung der zuständigen Kammer an der Prüfung teilgenommen hat und die auf dem Bescheid bzw. Rechnung ausgewiesenen Ausgaben der Prüfung nachträglich nicht reduziert wurden.

Hiermit bestätige ich nach Abschluss der Prüfung die Richtigkeit der Angaben.

Datum

(Hinweis: Datum nicht vor Abschluss der Prüfung)

Name der prüfenden Stelle der zuständigen Kammer
(z.B. Prüfungsausschuss der Kammer oder der Innung)

Unterschrift der prüfenden Stelle der zuständigen Kammer
(z.B. Prüfungsausschuss der Kammer oder der Innung) und ggf. Stempel