

Ausbildungsstätte

Ort, Datum

Ministerium für Arbeit, Gesundheit  
und Soziales des Landes NRW  
Zuständige Stelle (VI A 3)  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

**Anmeldung zur Abschlussprüfung nach § 37 BBiG im Ausbildungsberuf Sozial-  
versicherungsfachangestellte/r in der Fachrichtung bitte auswählen**

**als Wiederholungsprüfung**

**Prüfungsbewerber/in:**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ausbildungsstätte

---

Ich bin mit der Anmeldung zur Prüfung einverstanden. Zuletzt habe ich an der Prüfung teilgenommen.

Ich beantrage die Anrechnung\* meiner Prüfungsleistung aus dem Prüfungsfach

Versicherung und Finanzierung  
Leistungen  
Wirtschafts- und Sozialkunde

\*nur bei mindestens 50 Punkten im jeweiligen Prüfungsfach

Dieser Prüfungsanmeldung sind bei Bedarf folgende Anlagen beizufügen:

- Antrag auf Nachteilsausgleich gem. § 12 PSVO (bitte mit ärztlicher Bescheinigung über Art und Umfang der gesundheitlichen Einschränkung)
- Antrag auf Übernahme des Berufsschulabschlusses in das Abschlusszeugnis (bitte mit Kopie des Berufsschulzeugnisses)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfungsbewerber/in