

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 für Auszubildende im Ausbildungs-
beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r in der Fachrichtung**

als Wiederholungsprüfung

Prüfungsbewerber/in:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	
(nur für Auszubildende der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NordWest)	

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)
- Anzahl Fehltage:

Unterschrift Prüfungsbewerber/in