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 bitte auswählen **nach § 37 BBiG im Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r in der Fachrichtung** bitte auswählen

Prüfungsbewerber/in:

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

Es wird bescheinigt, dass der/die Auszubildende den Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) ordnungsgemäß geführt und an der Zwischenprüfung teilgenommen hat.

_____
Unterschrift der Ausbildungsstätte

☐ Ich bin mit der Anmeldung zur Prüfung einverstanden.

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