

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
Sozialversicherungsfachangestellte/r in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung für
Bewerber/innen außerhalb eines Ausbildungsverhältnisses (Zulassung nach § 10 Abs. 2 PSVO)**

Prüfungsbewerber/in:

Name	Vorname
Geschlecht	Geburtsdatum
Geburtsort	Anschrift

In dem Beruf der/des Sozialversicherungsfachangestellten tätig seit

und zwar in den folgenden Arbeitsbereichen:

andere Tätigkeitsnachweise:

Unterschrift der Ausbildungsstätte

Ich bin mit der Anmeldung zur Prüfung einverstanden.

Dieser Prüfungsanmeldung sind bei Bedarf folgende Anlagen beizufügen:

- Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise
- Nachweis über den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten im Sinne des § 10 Abs. 2 PSVO
- Evtl. Antrag auf Nachteilsausgleich gem. § 12 PSVO (bitte mit ärztlicher Bescheinigung über Art und Umfang der gesundheitlichen Einschränkung)

Unterschrift Prüfungsbewerber/in