

Ausbildungsstätte

Ort, Datum

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

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Umschüler/innen

**Anmeldung zur Umschulungsprüfung nach §§ 37 und 62 BBiG für Umschüler/innen
im Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung**

Prüfungsbewerber/in:

Name	Vorname
Geschlecht	Geburtsdatum
Geburtsort	Anschrift

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)
- Bescheinigung gem. § 9 Abs. 3 PSVO über Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen
- Fehltage:

Unterschrift Prüfungsbewerber/in