ärztekammer niedersachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit

Die Verkürzung der Ausbildungszeit für das zwischen

der/dem Auszubildenden _____

und dem Ausbildungsbetrieb _____

geschlossene Ausbildungsverhältnis vom _____, wird im beidseitigen Einvernehmen beantragt aufgrund:

- ☐ **Abitur / Fachhochschulreife**, gem. §§ 7/8 Berufsbildungsgesetz, ***6/12 Monate***. Bitte Kopie Abitur- bzw. Fachhochschulreifezeugnis beifügen.
- ☐ **Alter**, gem. §§ 7/8 Berufsbildungsgesetz, ***6/12 Monate*** (21 Jahre oder älter bei Ausbildungsbeginn).
- ☐ **abgeschlossene medizinische Berufsausbildung**, gem. §§ 7/8 Berufsbildungsgesetz, ***6/12*** *Monate*. Bitte Kopie Prüfungszeugnis beifügen.

Die Ausbildungszeit soll um _____ Monate gekürzt werden

Anzahl Fehltage: _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der/des Ausbildenden & Stempel des Ausbildungsbetriebes
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der/des Auszubildenden
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Bitte senden Sie diesen Antrag an Ihre zuständige Bezirksstelle.