

Antrag auf Abkürzung der Ausbildungsdauer

gemäß § 8 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

Name der/des Auszubildenden:	_____
Geburtsdatum:	_____
Adresse der/des Auszubildenden:	_____ _____
Ausbildende/r Ärztin/Arzt:	_____
Praxisstempel:	

Hiermit beantragen wir die Abkürzung der Ausbildungsdauer um _____ Monate
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- aufgrund der Fachhochschulreife – schulischer Teil
- aufgrund der Allgemeinen Hochschulreife
- aufgrund des Abschlusses einer berufsnahen Berufsausbildung

Der jeweilige Nachweis (zum Beispiel Zeugnis oder Prüfungsdokument) in Kopie ist diesem Antrag beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift ausbildende/r Ärztin/Arzt

Unterschrift Auszubildende/r

ggf. Unterschrift gesetzliche Vertreter