

Nr. _____

**ANTRAG AUF EINTRAGUNG IN DAS VERZEICHNIS DER
BERUFSAUSBILDUNGSVERHÄLTNISSE**

Name, Vorname der/des Ausbildenden	_____
Anschrift der Ausbildungsapotheke	_____ _____ _____
Betriebsnummer nach Sozialversicherung (8-stellig)	_____

Name, Vorname der/des Auszubildenden	_____
Anschrift (Straße, Ort)	_____ _____ _____
Geburtsdatum	_____
Geburtsort	_____
Staatsangehörigkeit	_____
Ausbildungszeit	vom _____ bis _____
Zuständiger Berufsschulort (je nach Schulbezirks- zugehörigkeit des Ausbildungsbetriebes)	_____

Ich beantrage die Eintragung und füge als Anlagen bei:

- ☐ eine Kopie des Berufsausbildungsvertrages (inkl. Empfangsnachweis)
- ☐ eine Kopie des Berufsausbildungsplans
- ☐ Schulabgangs- bzw. Schulabschlusszeugnis der/des Auszubildenden
(kann nachgereicht werden)

Nur bei minderjährigen Auszubildenden

- ☐ Ärztliche Bescheinigung über die Erstuntersuchung gem. § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz

Ort, Datum

Stempel und
Unterschrift der/des Apothekenleiterin/leiters

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und
Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).