

Landesapothekerkammer Hessen KdöR
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

**Antrag auf Änderung der Ausbildungszeit gemäß
§ 8 Berufsbildungsgesetz**

AUSZUBILDENDE/R

Name, Vorname _____

Ausbildungsbeginn _____

AUSBILDENDE/R

Name, Vorname _____

Apotheke _____

Anschrift _____

VERKÜRZUNG

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz wird beantragt, die Ausbildungszeit um

_____ Monate zu verkürzen.

Verkürzungsgrund: _____

z. B, Abitur, Fachhochschulreife, Mittlere Reife, PTA-Ausbildung ohne Abschluss, EQ,
zweijährige Berufsfachschule für medizinisch-technische und krankenpflegerische Berufe,
Abgeschlossene Berufsausbildung der entsprechenden Fachrichtung

(Bitte Nachweis in Kopie beifügen)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden

Stempel und Unterschrift der/des Ausbildenden

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