

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 _____

VERLÄNGERUNG

Gemäß § 8 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz wird beantragt, die Ausbildungszeit um

_____ Monate zu verlängern.

Verlängerungsgrund: _____

z. B. längere Krankheit, Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger,...

(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).