**Anmeldung zur Ausbilder-Eignungsprüfung**

**über:**

**AOK-Bildungszentrum, Mittelsteinbacher Straße 19, 74629 Pfedelbach-Untersteinbach,**

**an:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration

Baden-Württemberg

Referat 62 (Berufliche Bildung)

Postfach 10 34 43

70029 Stuttgart

**Prüfungsjahr       Anmeldefrist: 15.05. des Jahres**

Erstprüfung

1. Wiederholung  schriftlicher Prüfungsteil

2. Wiederholung  praktischer Prüfungsteil

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Persönliche Daten** | | |
| Name, Vorname | | |
| Geburtstag | | Geburtsort |
| Straße, Hausnummer | | PLZ, Wohnort |
| Telefon (für Rückfragen) | | E-Mail (für Rückfragen) |
| **2.** | **Arbeitgeber** | | |
| AOK Baden-Württemberg  BKK | DRV Baden-Württemberg  Unfallkasse Baden-Württemberg | |
| **3.** | **Vorbereitungskurs zur Ausbilder-Eignungsprüfung** | | |
| Ich habe an einem Fortbildungskurs zum Erwerb der Kompetenzen nach der AEVO teilgenommen.  Lehrgangsträger, Ort:  voraussichtliches Ende:  Ich habe keinen Fortbildungskurs besucht, aber auf andere Art und Weise die notwendigen Kompetenzen nach der AEVO erworben.  → nähere Erläuterung, Vorlage von Zeugnissen o. ä. | | |
| **4.** | **Evtl. Befreiung von Prüfungsteilen** | | |
| Aufgrund meiner vorangegangenen Fortbildungsprüfung bin ich vom schriftlichen Prüfungsteil  befreit.  Bezeichnung, Datum der Prüfung:  → Es ist eine Kopie des Zeugnisses beizufügen.  Sonstiger Befreiungsantrag nach § 10 PO-AEP (Antrag beifügen). | | |
| **5.** | **Evtl. Antrag auf Nachteilsausgleich aufgrund einer Behinderung** | | |
| ja  → Es ist ein ärztliches Attest oder eine amtliche Bescheinigung beizufügen, aus der sich die Art der Behinderung und der Beeinträchtigung bei der Prüfung ergeben (§ 12 PO-AEP). | | |
| **6.** | **Sonstige Bemerkungen** | | |
|  |  | | |

**Hiermit melde ich mich verbindlich zur Ausbilder-Eignungsprüfung an.** Änderungen der persönlichen Daten werde ich unverzüglich dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg mitteilen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **X** |
| Datum |  | Unterschrift |

Die oben genannte Person ist **persönlich geeignet** gemäß § 29 Berufsbildungsgesetz.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **X** |
| Datum |  | Unterschrift der personalverwaltenden Stelle / Firmenstempel |