

Formblatt Z

Förderungsnummer

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

[Empty box for address of the responsible AFBG awarding authority]

Eingangsstempel

Bestätigung der Zulassungsvoraussetzungen

DURCH DEN/DIE TEILNEHMER/IN AUSZUFÜLLEN!

Personal data fields: Familienname, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Behörde

Ich beabsichtige, die Fortbildungsmaßnahme zum/zur

Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Fortbildungsabschlusses

bei folgendem Fortbildungsträger

[Empty box for provider of the continuing education measure]

in der Zeit von [Datum (erster Unterrichtstag)] bis [Datum (letzter Unterrichtstag)] zu absolvieren.

DURCH DIE PRÜFUNGSSTELLE AUSZUFÜLLEN, DIE FÜR DIE ZULASSUNG ZUR FORTBILDUNGSPRÜFUNG ZUSTÄNDIG IST! BESCHEINIGUNG NACH § 9 AFBG

Main assessment section: Als zuständige Stelle für die Abnahme der o. g. Fortbildungsprüfung bestätigen wir, dass die o. a. Teilnehmerin/der o. a. Teilnehmer... die Voraussetzungen... erfüllt... nicht erfüllt... Wichtige Hinweise on the requirements.

Wichtiger Hinweis: Besteht die Maßnahme aus mehreren Maßnahmeabschnitten muss der Abschluss bis zum letzten Unterrichtstag des ersten Maßnahmeabschnitts erworben werden.

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Stempel der für die Prüfung zuständigen Stelle

X

