

DER ANTRAG AUF VORZEITIGE PRÜFUNGSZULASSUNG IST DURCH DEN AUSZUBILDENDEN ZU STELLEN UND BEI DER ZUSTÄNDIGEN KREISSTELLE DER ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN EINZUREICHEN!

Name der/des Auszubildenden: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer bei Rückfragen: \_\_\_\_\_

Ausbildende/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich gem. § 45 Abs. 1 BBiG die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Sommer \_\_\_\_\_

Winter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Auszubildenden)

\_\_\_\_\_  
(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Dem Antrag ist beizufügen:

Kopie des letzten Berufsschulzeugnisses mit mindestens einem Notendurchschnitt von 2,0 in den relevanten Prüfungsfächern