

Hiermit verlange ich die Verlängerung meines Ausbildungsverhältnisses nach nicht bestandener Abschlussprüfung bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens um ein Jahr gemessen vom ursprünglichen Endzeitpunkt des Berufsausbildungsvertrages.

Name der/des Auszubildenden: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer bei Rückfragen: _____

Ort, Datum

(Unterschrift des/ der Auszubildenden)

(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Hiermit habe ich das Verlangen zur Weiterbeschäftigung zur Kenntnis genommen.

Ausbildende/r Ärztin/Arzt: _____

Praxisanschrift: _____

Telefonnummer bei Rückfragen: _____

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel der/ des ausbildenden
Ärztin/ Arztes)

Die zuständige Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein ist durch Übersendung einer Kopie über die Verlängerung des Ausbildungsverhältnisses in Kenntnis zu setzen!

Wichtig! Der Anspruch auf Verlangen der Weiterbeschäftigung nach nicht bestandener Abschlussprüfung kann nur in der Ausbildungspraxis geltend gemacht werden.
Eine Fortführung der Berufsausbildung in einer anderen Praxis ist **nicht** möglich. Wird die Weiterbeschäftigung nicht verlangt, endet das Berufsausbildungsverhältnis durch Fristablauf.