

DER ANTRAG AUF VORZEITIGE PRÜFUNGSZULASSUNG IST DURCH DEN AUSZUBILDENDEN ZU STELLEN UND BEI DER ZUSTÄNDIGEN KREIS- ODER BEZIRKSSTELLE 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