



Antrag auf Änderung der Ausbildungszeit gemäß § 8 bzw. 7a Berufsbildungsgesetz

Verkürzung

Verlängerung

Teilzeit

Ausbildende/r (Betrieb)	Name des Betriebes: _____ _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Ansprechpartner/in: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____
Auszubildende/r	Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Ausbildungsberuf: _____ Ausbildungszeit: von _____ bis _____

Hiermit beantragen Ausbildende/r und Auszubildende/r gemeinsam eine Verkürzung der Ausbildungszeit aufgrund der Vorbildung oder des höheren Lebensalters:

Verkürzung	Bisheriges Ausbildungsende: _____ Neues Ausbildungsende: _____ Verkürzungszeit: _____ Verkürzungsgrund: _____ Bitte Nachweis in Kopie beifügen (z.B. mittlere Reife; nicht gute Leistungen).
-------------------	---

Der/Die Auszubildende beantragt die Verlängerung der Ausbildungszeit:

Verlängerung

Bisheriges Ausbildungsende: _____
Neues Ausbildungsende: _____
Verlängerungszeit: _____
Verlängerungsgrund: _____
(z.B. längere Krankheit, **nicht** Prüfungswiederholung)
Der/Die Auszubildende gibt hierzu folgende Stellungnahme ab:

Hiermit wird eine Reduzierung der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit mitgeteilt:

Teilzeit

Aktuell tägliche Stunden: _____
Aktuell wöchentliche Stunden: _____
Die Ausbildungszeit soll ab dem _____
täglich _____ Stunden und wöchentlich _____ Stunden betragen.
Verlängerung der Ausbildungszeit: _____
Neues Ausbildungszeitende: _____

(Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage.)

Unterschriften

Ausbildende/r (Stempel, Ort, Datum)

Auszubildende/r (Ort, Datum)

Gesetzliche Vertreter (Ort, Datum)