



Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung gemäß § 45 Abs. 2 BBiG („Externenprüfung“)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Angestrebter Berufsabschluss mit Fachrichtung / Schwerpunkt o.ä.:

Die Zulassung wird beantragt für den Prüfungszeitraum (bitte angeben):

Sommer _____ Winter _____
(Jahr) (Jahr)

Folgende Unterlagen sind **in Kopie** beigelegt:

- Tabellarische Aufstellung zum beruflichen Werdegang
- Zeugnis des höchsten Schulabschlusses
- Ausbildungs- und Arbeitszeugnisse/Arbeitsbescheinigungen
(ausländische Zeugnisse müssen mit deutscher Übersetzung vorgelegt werden)
- Nachweise über Ausbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen (Lehrgänge, Kurse, etc.)
- Weitere Nachweise, aus denen sich Ihre bisherigen beruflichen Tätigkeiten ableiten lassen.

 Ich erkläre hiermit, dass ich die berufliche Handlungsfähigkeit des o.g. Ausbildungsberufes auf anderem Weg erlangt habe (Begründung):

Angaben zu Behinderungen des Prüfungsbewerbers, die bei der Prüfungsdurchführung zu berücksichtigen sind (ärztliche Atteste, Bescheinigungen sind beizufügen):

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Spätestens sechs Wochen vor der jeweiligen Anmeldefrist zur Prüfung bei der Handelskammer einreichen:
www.handelskammer-bremen.de/Anmeldefristen

Aufstellung zum beruflichen Werdegang

Tragen Sie in die Liste Ihre beruflichen Tätigkeiten und Qualifizierungen mit den dort geforderten Angaben ein, fügen Sie Nachweise (z. B. Zeugnisse, Arbeitsplatzbeschreibungen, Bescheinigungen, Gewerbeanmeldungen usw.) in Kopie bei.

Nachweise der Tätigkeit bzw. Qualifizierung (z.B. Zeugnis der Firma oder des Veranstalters, Gewerbeanmeldung usw.)	Beschreibung der Tätigkeit bzw. Qualifizierung (Schwerpunkte, Art der Tätigkeit, z.B. Sachbearbeitung, Selbstständigkeit)	Dauer (von / bis)	Dauer / Monate
		Zeitform: Vollzeit bzw. Teilzeit; jeweils Arbeitsstunden pro Woche Kompetenzen erworben in Theorie oder Praxis	
1.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
2.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
3.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
4.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
5.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	



IHK

Handelskammer Bremen
für Bremen und Bremerhaven

6.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
7.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
8.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
9.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
10.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
11.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	
12.		von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Teilzeit, Std.: _____ <input type="checkbox"/> Theorie, <input type="checkbox"/> Praxis	