



Änderungsvereinbarung **Verkürzung eines Berufsausbildungsverhältnisses**

Ausbildungsbetrieb (Name/Anschrift/E-Mail/Ansprechpartner)

Auszubildende/r

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Eingetragen in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse unter der Nummer: _____

Änderungsvereinbarung

Die Ausbildungszeit soll um _____ Monate verkürzt werden.

Somit endet das Berufsausbildungsverhältnis am _____ .

Grund: Abitur / Fachabitur
 Mittlerer Bildungsabschluss
 Einschlägiger Vorberuf

Bitte entsprechende Nachweise (Zeugniskopien) beilegen.

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

.....

Unterschrift Ausbildungsbetrieb

.....

Unterschrift Auszubildende/r

bei Minderjährigen:

Unterschrift gesetzliche Vertreter

Eine Bestätigung mit Detailangaben erhalten Sie nach Bearbeitung der Änderungsvereinbarung!

Interne Vermerke:

Sachliche Richtigkeit:

Hinweis ZP/AP:

Änderung am: