



Siegel

Azubi-Identnummer

Datum

Abschlussprüfung: Sommer
Winter

20__

Industrie- und Handelskammer
Darmstadt
Team Ausbildung
Postfach 10 07 05
64207 Darmstadt

ACHTUNG: Bei einer Verkürzung der Ausbildungszeit, findet eine Anpassung der Prüfungstermine statt!

Gemeinsamer Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit des Berufsausbildungsvertrages zwischen

Ausbildender (Unternehmen)

Telefon-Nr.
Name und Anschrift des Ausbildungsbetriebes

Ausbilder

Auszubildende(r)

Name, Vorname
Straße, Haus-Nr.
PLZ Ort
Geburtsdatum Geburtsort
Vom Auszubildenden zuletzt besuchte Berufsschule

1. **Ausbildungsberuf** _____

Jetzige Ausbildungszeit _____ bis _____

2. Verkürzung der Ausbildungszeit

Die Ausbildungszeit soll gemäß § 8 Abs. 1 BBiG um _____ Monate verkürzt werden.

Neue Ausbildungszeit _____ bis _____

3. Begründung der Antragstellung (Nachweise sind als Anlage beizufügen).

3.1. Verkürzungsgrund:

schulische Vorbildung Aufgrund des Lebensalters vorangegangene Ausbildung

3.2. Kann der Betrieb **die verbleibenden Inhalte** des vorgeschriebenen Ausbildungsrahmenplans in der gekürzten Ausbildungszeit vermitteln? ja nein Falls „nein“, bitte erläutern:

3.4. Das **Abschlusszeugnis** oder der **Nachweis der vorangegangenen Ausbildung** ist als Anlage beigelegt.

Ort und Datum

Unterschrift des Auszubildenden

Stempel und Unterschrift des Ausbildenden

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Auszubildenden

⇒ **Bitte in 3-facher Ausfertigung einreichen!**