

**Bildungsträger Teilnehmer/-in**

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Naus-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anmeldung zur Kompetenzfeststellung der Teilqualifikation**

Teilqualifikation im Referenzberuf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Baustein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durchführung von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einwilligung Datenschutz**

Mit der Unterschrift gibt der/die Teilnehmer/-in sein/ihr Einverständnis zur Weiterverarbeitung seiner/ihrer Daten und Ergebnisse der Kompetenzfeststellung durch die IHK zu Rostock.

**Bestätigung des Bildungsträgers**

Der Bildungsträger bestätigt durch die Unterschrift,

* dass die Teilqualifikation ordnungsgemäß durchgeführt wurde, d.h. der/die o.g. Teilnehmer/-in hat mindestens ein Drittel der Durchführungszeit betrieblich absolviert.
* dass der/die Teilnehmer/-in an der Teilqualifikationsmaßnahme mit maximal 10% Fehlzeiten teilgenommen hat.
* Es wurden 1/3 praktische Ausbildungszeiten absolviert (Nachweise sind beigefügt)

**Nachteilsausgleich**

Nachfolgend sind notwendige Maßnahmen zum Nachteilsausgleich aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderungen (keine vorübergehenden Erkrankungen) angegeben, die bei der Durchführung der Kompetenzfeststellung zu beachten sind:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Wenn Sie den Nachteilsausgleich in Anspruch nehmen, fügen Sie bitte dieser Anmeldung ein aktuelles Attest bei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/-in Unterschrift Bildungsträger

Die Kostenübernahme für die Kompetenzfeststellung in Höhe von 250,00 € pro Baustein und angemeldeten Teilnehmer/angemeldeter Teilnehmerin wird vom Bildungsträger bestätigt.

Die Bezahlung hat unmittelbar nach Zugang der Rechnung zu erfolgen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Bildungsträger