



## **Änderungsvereinbarung** **Verkürzung eines Berufsausbildungsverhältnisses**

**Ausbildungsbetrieb (Name/Anschrift)**

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

**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: \_\_\_\_\_

.....  
**Unterschrift Ausbildungsbetrieb**

.....  
**Unterschrift Auszubildende/r**

bei Minderjährigen: .....  
**Unterschrift gesetzliche Vertreter**

**Eine Bestätigung mit Detailangaben erhalten Sie nach Bearbeitung der Änderungsvereinbarung!**

<b>Interne Vermerke:</b> Sachliche Richtigkeit: ..... Hinweis ZP/AP: ..... Änderung am: .....
--