

Förderungsnummer

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

Empty box for address of the responsible AFBG awarding authority.

Eingangsstempel

Bestätigung der Zulassungsvoraussetzungen

DURCH DEN/DIE TEILNEHMER/IN AUSZUFÜLLEN!

Form fields for personal data: Familienname, Geburtsname, Vorname(n), Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Behörde.

Ich beabsichtige, die Fortbildungsmaßnahme zum/zur

Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Fortbildungsabschlusses

bei folgendem Fortbildungsträger

Empty box for the provider of the training measure.

in der Zeit von [Datum] bis [Datum] zu absolvieren. Bitte Nachweis (z. B. Anmeldung) beifügen.

DURCH DIE PRÜFUNGSSTELLE AUSZUFÜLLEN, DIE FÜR DIE ZULASSUNG ZUR FORTBILDUNGSPRÜFUNG ZUSTÄNDIG IST! BESCHEINIGUNG NACH § 9 AFBG

Main form for the examination authority to confirm prerequisites, including fields for name, exam type, and qualification status.

Wichtiger Hinweis: Besteht die Maßnahme aus mehreren Maßnahmeabschnitten muss der Abschluss bis zum letzten Unterrichtstag des ersten Maßnahmeabschnitts erworben werden.

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Es wird versichert, dass die in Zeile 8 bis 15 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Stempel der für die Prüfung zuständigen Stelle

Unterschrift/Namensangabe der Vertreterin/des Vertreters der für die Prüfung zuständigen Stelle

