

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, ggf. Auslands-kennzeichen, Postleitzahl, Wohnort, Behörde.

Ich beabsichtige, die Fortbildungsmaßnahme zum/zur Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Fortbildungsabschlusses

bei folgendem Fortbildungsträger

in der Zeit von Datum (erster Unterrichtstag) bis Datum (letzter Unterrichtstag) 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 certification form with fields for: Name, Vorname; § of the regulations; anerkannter Abschluss; Stufenzuordnung; DQR-Einstufung; and checkboxes for fulfillment status with dates.

1 Anerkennung als strukturiertes Programm beifügen.

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

17 Telefonnummer für evtl. Rückfragen. Es wird versichert, dass die in Zeile 8 bis 15 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

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

