

ANTRAG AUF VORZEITIGE ZULASSUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG

Sommer 20 _____

Winter 20 _____

Bitte Anmeldeschluss beachten (Posteingangsstempel entscheidend)!

Sommer: 10. Februar | Winter: 10. September

Hiermit beantrage ich

Frau/Herr : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum/-ort : _____

Ausbildungsstätte : _____

vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung um ein Semester / zwei Semester vor Ablauf der Ausbildungszeit.

Folgende Nachweise/Unterlagen liegen bei:

ANLAGE zum Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung mit folgenden Angaben:

- Befürwortung und Stellungnahme des Auszubildenden zu den Leistungen in der Praxis
- Bescheinigung des Auszubildenden über den Umfang der Fehltage in der Praxis
- Schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass der Ausbildungsnachweis geführt wurde

Befürwortung der Berufsschule mit Gesamtnotendurchschnitt

Zeugniskopien aller Berufsschulsemester oder Kopie der aktuellen Zeugniskarte

Nachweis über die Ableistung einer vertraglich vereinbarten Rotation

Datum/Unterschrift **Auszubildende/r**

Hinweise:

1. Behinderten Menschen sind **auf Antrag** die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie der Anmeldung bei Bedarf einen begründeten Antrag auf Prüfungserleichterung einschließlich tauglicher Nachweise bei.
2. Eine Ausbildungsdauer von 18 Monaten soll nicht unterschritten werden: Ausbildungsbeginn spätestens am 01.08. (Sommerprüfung) bzw. am 01.02. (Winterprüfung)
3. Auszubildende mit Ausbildungsbeginn ab dem 2. April 2017 müssen die Zwischenprüfung in allen Prüfungsbereichen mit jeweils mindestens „befriedigend“ absolviert haben.

Wird von der Ärztekammer Berlin ausgefüllt

Zur vorzeitigen Abschlussprüfung zugelassen:

Datum/Unterschrift **Ärztchammer Berlin**



ANLAGE zum Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Vom Ausbildenden auszufüllen!

Name der/des Auszubildenden: _____

- Ich/Wir **stimme/n** einer vorzeitigen Zulassung zur Abschlussprüfung **zu**. Es wird bestätigt,
- dass die sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildung entsprechend der verkürzten Ausbildungszeit abgeändert worden ist
 - dass der/dem Auszubildenden bis zur Abschlussprüfung die für das Erreichen des Ausbildungszieles wesentlichen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden können.

- Ich/Wir geben zu den bisherigen **Leistungen** der/des Auszubildenden im Verlaufe der Ausbildung folgende **Einschätzung** ab (Angaben zwingend erforderlich):

- Ich/Wir stimme/n einer vorzeitigen Zulassung aus folgenden Gründen **nicht** zu.

- Ich/Wir bestätige/n, dass der **Ausbildungsnachweis** (Berichtsheft) ordnungsgemäß geführt wurde.

- Ich/Wir bestätige/n **Fehltage während der praktischen Ausbildungszeit** wie folgt:
Hinweise: Berufsschul- und Urlaubstage bleiben unberücksichtigt. Bei Wechsel der Ausbildungsstätte sind vorangegangene Fehlzeiten vom ehemaligen Auszubildenden gesondert zu bescheinigen.

_____ Fehltage insgesamt, _____ Fehltage davon unentschuldigt

(Stempel Ausbildungsstätte)

Datum/Unterschrift **ausbildende/r Arzt/Ärztin**