
ANMELDUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG nach § 45 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz (Soldaten)

im Sommer / Winter

Bitte Anmeldeschluss beachten (Posteingangsstempel entscheidend)!

Sommer: 10. Februar | Winter: 10. September

Hiermit melde ich mich

Frau/Herrn : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit : _____

Schulbildung : _____

Telefon : _____ E-Mail: _____

zur erstmaligen Abschlussprüfung als Soldat/in im Ausbildungsberuf „Medizinische/r
Fachangestellte/r“ an.

Folgende Nachweise/Unterlagen liegen der Anmeldung im Original bei:

- Bestätigung des Bundesministeriums für Verteidigung oder einer von ihm bestimmten Stelle**, dass die Prüfungsbewerberin oder der Prüfungsbewerber berufliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat, welche die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.

Datum/Unterschrift **Prüfungsbewerber**

Hinweise: Behinderten Menschen sind **auf Antrag** die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie der Anmeldung bei Bedarf einen begründeten Antrag auf Prüfungs erleichterung einschließlich tauglicher Nachweise bei.

Wird von der Ärztekammer Berlin ausgefüllt

Zur Abschlussprüfung zugelassen:

Datum/Unterschrift **Ärztchammer Berlin**