

## **ANMELDUNG zur Abschlussprüfung**

im Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich die/den Auszubildende/n \_\_\_\_\_  
*Nachname, Vorname*

zur Abschlussprüfung an und bestätige die Richtigkeit der nachstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Auszubildenden*

\_\_\_\_\_  
*Firmenstempel*

**Ich (Auszubildender) stimme der Anmeldung zu.**

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Auszubildenden*

**Angaben zum/zur Prüfungsbewerber/in:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

**Anschrift:** E-Mail \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Kreis: \_\_\_\_\_ Telefon/ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

**Berufsausbildungsvertrag**

**im Ausbildungsbetrieb:** \_\_\_\_\_

Beginn am \_\_\_\_\_ Ende am \_\_\_\_\_

Nur auszufüllen bei Ausbildung in mehreren Betrieben

**im Ausbildungsbetrieb:** \_\_\_\_\_

Beginn am \_\_\_\_\_ Ende am \_\_\_\_\_

**im Ausbildungsbetrieb:** \_\_\_\_\_

Beginn am \_\_\_\_\_ Ende am \_\_\_\_\_

**Zwischenprüfung abgelegt am:** \_\_\_\_\_

Sofern die Zwischenprüfung in einem anderen Bundesland abgelegt wurde bitte eine Kopie der Bescheinigung beifügen.

Ein Antrag auf Nachteilsausgleich wird hiermit gestellt (eine fachärztliche Stellungnahme ist erforderlich; Formular zur Stellungnahme siehe: [www.lwk-rlp.de/de/bildung/formulare-und-informationen/](http://www.lwk-rlp.de/de/bildung/formulare-und-informationen/)).

**Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Vorname, Name, Wohnort und Foto bei Bestehen der Abschlussprüfung in den Presselisten, im Internet der Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz und in den landwirtschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden.**

ja  nein

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Auszubildenden*