

VERLÄNGERUNG DES BERUFSAUSBILDUNGSVERHÄLTNISSES WG. GEFÄHRDUNG DES AUSBILDUNGSZIELS GEM. § 8 ABS. 2 BBiG

Das Formular ist **3-fach** auszufüllen und unterschrieben an die BZK Rheinhessen zu senden. Nach Genehmigung und Eintragung in das Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse erhält der/die Ausbildende die Exemplare für sich und die Auszubildende zurück.

An
Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 24
55130 Mainz

Auszubildende/r:

Vorname:

Nachname:

PLZ / Wohnort:

Straße / Hausnummer:

Ausbildender Zahnarzt / Ausbildende Zahnärztin:

Titel, Vor- und Nachname:

Ausbildungsvertrag:

Nummer des Ausbildungsvertrags im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse:

Ausbildungszeit laut Vertrag: vom _____ bis _____ *)

☐ Ich / Wir beantragen eine Verlängerung der Ausbildungszeit wegen **Gefährdung des Ausbildungsziels** nach § 8 Abs. 2 BBiG um _____ Monate.

Bitte fügen Sie folgendes als Anlage bei oder nutzen Sie die Rückseite des Formulars:

- Begründung der Antragstellung durch die/den Auszubildende/n.
- Allgemeine Beurteilung über den Leistungsstand des Auszubildenden.
- Eine Einschätzung, welche Kenntnisse und Fertigkeiten ohne Verlängerung der Ausbildungszeit nicht vermittelt würden.
- Eine Auflistung der ggf. angefallenen Fehltage (Nachweise, z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen anbei)
- Das letzte aktuelle Berufsschulzeugnis als Anlage

Ort und Datum:

Praxisstempel mit Anschrift:

Unterschrift der Ausbilderin / des Ausbilders

Unterschrift des / der Auszubildenden

Unterschriften des/der gesetzlichen Vertreter(s) bei minderjährigen Auszubildenden

Begründung der Antragstellung (auszufüllen durch die /den Auszubildende/n):

Allgemeine Beurteilung (auszufüllen durch die Ausbilderin / den Ausbilder):

Nicht vermittelte Kenntnisse und Fertigkeiten (auszufüllen durch die Ausbilderin / den Ausbilder):

Ggf. angefallene Fehltage (auszufüllen durch die Ausbilderin / den Ausbilder):

Vermerke der BZKR (nur durch BZKR auszufüllen):

Die Verlängerung des Ausbildungsverhältnisses wird ☐ genehmigt bis zum _____ und im Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse registriert.

☐ nicht genehmigt

Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen

Datum:

Unterschrift: