|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |
| Tierärztekammer Sachsen-AnhaltWalter-Hülse-Straße 9 ⏺ 06120 Halle (Saale) |  | TIERÄRZTEKAMMER |
| Berufsbildende Schule IVfür Gesundheits-, Sozial- u. Laborberufe„Dr. Otto Schlein“Alt - Westerhüsen 51-5239122 Magdeburg |  |       |  | Körperschaft des öffentlichen Rechts |



|  |
| --- |
| Halle (Saale), Ihr Zeichen:       Mein Zeichen:      Bearbeitet von: **Frau Laue**E-Mail: pia.laue@tk-st.de**Geschäftsstelle:**Walter-Hülse-Straße 906120 Halle (Saale)🕾 (0345) 57 54 12 - 0🖷 (0345) 57 54 12 - 20🖂 poststelle@tk-st.de🌍 www.tk-st.de |
|  |
|  |
| Deutsche Apotheker u. ÄrztebankBLZ 300 606 01Konto 34 66 39 6 |

BIC DAAEDEDDXXX

IBAN DE84300606010003466396

**Anmeldung zur Ausbildung Tiermedizinische/r Fachangestellte/r**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich den/die Auszubildende(n)

Frau/ Herrn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

für die theoretische Ausbildung zur/zum Tiermedizinischen Fachangestellten an.

Der Schulbesuch beginnt im Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Die praktische Ausbildung erfolgt in meiner Tierarztpraxis / tierärztlichen Klinik.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausbildender Tierarzt/Tierärztin/ Stempel der Praxis

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Pia Laue

Referat TFA, Fort- und Weiterbildung

**Ausbildungsregister Nr.** bei der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (wird von der Kammer ausgefüllt)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**vom Ausbilder auszufüllen:**

Ausbildungsstätte:

Telefonnummer:

Name des Ausbilders:

**Anmeldung zur Berufsschule**

**Schülerdaten:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

männlich weiblich divers

**Anschrift:**

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Landkreis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ausbildungszeit von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verkürzung:** ja nein

Grund der Verkürzung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**bisherige Schulbildung:**

Schulform: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ erreichter Abschluss: Hochschulreife

erweiterter Realschulabschluss

Realschulabschluss

Hauptschulabschluss

Datum des letzten Abschlusszeugnisses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bereits besuchte BbS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abschluss als: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abschluss als: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anschrift der zuletzt besuchten Schule/ vorhandener Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Förderung** gemäß § 76 SGB III oder § 66 BBiG oder § 42 HWO: ja nein

**Bemerkung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Stempel und Unterschrift des/der Ausbilder/s(in)