



Antrag auf Verlängerung der Ausbildungsdauer gemäß § 8 (Abs. 2) BBiG

Auszubildende:r:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Ausbildende:r Arzt:Ärztin:

Name, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____ Praxisstempel:

Hiermit beantrage ich die Verlängerung der Ausbildungsdauer um:

6 Monate

_____ Monate

Begründung der:des Auszubildenden:

Bitte fügen Sie die Nachweise für den Verlängerungsgrund (z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Bescheinigung über hohe Fehlzeiten in der Berufsschule oder in der Praxis) bei!

Stellungnahme des:der Ausbildenden zum Antrag auf Verlängerung der Ausbildungsdauer

Ich **befürworte** den Antrag auf Verlängerung der Ausbildungsdauer

Ich **befürworte** den Antrag auf Verlängerung der Ausbildungsdauer **nicht**

Begründung des:der Ausbildenden für die angekreuzte Stellungnahme:

Ort, Datum

Unterschrift Ausbildende/r

Unterschrift Auszubildende/r

ggf. Unterschrift des Vaters / der Mutter /
des Vormunds