

VOR-ANMELDUNG ZUR AUFNAHME SCHULE FÜR ZAHNÄRZTLICHE ASSISTENZ

Datum: _____

(Bitte vollständig in **DRUCKSCHRIFT** ausfüllen)

Vorname:	Name:
SV-Nr.:	Geb.-Ort:
Staatsangehörigkeit:	tätig bei mir seit/ab:
Straße Nr.:	PLZ Ort:
Tel.-Nr.:	persönliche E-Mail WICHTIG für E-Learning Plattform:
	wöchentliche Stunden lt. Ausbildungsvertrag:

Der/die Auszubildende ist/wird in meiner Ordination laufend als Assistent/in beschäftigt.

Ordination/DG-Name:	
Straße Nr.:	PLZ Ort:
Tel.-Nr.:	E-Mail-Adresse:
Unterschrift Dienstgeber und Ordinationsstempel:	Unterschrift der/s Auszubildenden:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass die Ausbildung zur zahnärztlichen Assistenz **NICHT** im Rahmen eines gesetzlich anerkannten Lehrverhältnisses oder im Sinne des Jugendausbildungsgesetzes erfolgt. Es gelten die aktuellen AGBs der Fortbildungsakademie.

Bitte beachten Sie: Die Ausbildung sollte in Theorie und Praxis innerhalb von 3 Jahren abgeschlossen werden.