

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.