

Bezirkszahnärztekammer Trier
Geschäftsstelle
Loebstr. 18
54292 Trier

Anmeldeschluss ist am 15.04.2021!

Wir weisen ausdrücklich darauf hin,
dass **verspätet** oder **unvollständig**
eingereichte Anmeldungen **nicht**
berücksichtigt werden können und
die Teilnahme an der Prüfung dann
ausgeschlossen ist!!!

Anmeldung

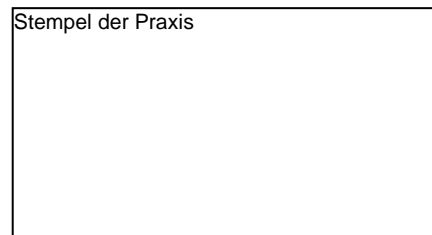
zur Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten

am 04. und 05. Mai 2021

Ich melde meine Auszubildende

Frau
geb. am: in.....

Stempel der Praxis



Privatanschrift/Telefon:
.....

Bei Änderung der Privatanschrift bis zum Prüfungsende werden wir die Kammer unverzüglich benachrichtigen.

Beginn der Ausbildung am:
eingetragen in die Ausbildungsrolle der BZK Trier unter Nr.

zur Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten an.

Mit ihrer Unterschrift stimmt die Auszubildende der Prüfungsanmeldung zu.

Der Anmeldung sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. alle erteilten Zeugnisse (Kopien) der zuständigen Berufsschule
2. die Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung
3. der von der Auszubildenden erarbeitete und vom (von der) Ausbilder(in) unterschriebene Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) - bitte im Schnellhefter einreichen (keine Ordner)
4. Nachweis des Ausbilders über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz (**siehe Rückseite**)
5. ggf. Nachweis über eine dreimonatige Ausbildungsmaßnahme außerhalb der Ausbildungsstätte

Sollten die Unterlagen nicht vollständig eingeschickt werden, fristgemäß, ist eine Teilnahme an der Prüfung ausgeschlossen. Bitte beachten Sie also unbedingt die Vollständigkeit der Unterlagen!!!

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des(r) Ausbilder(in)s

.....
Datum

.....
Unterschrift der Auszubildenden

bitte wenden

B e s c h e i n i g u n g

für die Prüfung in Röntgen und Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung nach Anlage 8 der Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und der Kenntnisse im Strahlenschutz

Auszubildende
(Name, Vorname)

Hiermit wird der erforderliche Nachweis über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz während der Ausbildung bestätigt.

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Ausbilders

B e s c h e i n i g u n g

nur für Ausbildungsstätten, an denen der Ausbildungsrahmenplan nicht vollständig vermittelt werden kann, z.B. in kieferorthopädischen Praxen, Bundeswehreinrichtungen etc.

Es wird bestätigt, dass _____, in meiner/
(Name, Vorname der Auszubildenden)

unserer Praxis in folgendem Zeitraum / an folgenden Terminen ihre externe

Ausbildung absolviert hat:

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des externen Ausbilders