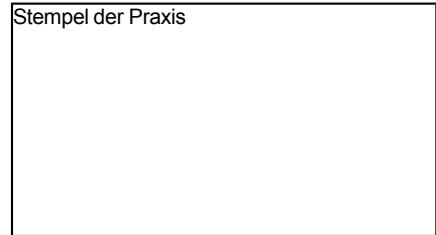


Bezirkszahnärztekammer Trier
Geschäftsstelle
Bahnhofstraße 32
56068 Koblenz

Anmeldung

zur Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten
bis: **31. März 2019**

Stempel der Praxis



Ich melde meine/n Auszubildende/n

Frau/Herrn

geb. am: in.....

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 der Unterschrift stimmt die/der 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/dem Auszubildenden erarbeitete und vom/von der Ausbilder/in unterschriebene Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) - bitte im Schnellhefter einreichen (keine Ordner)
4. Nachweis über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz durch den Ausbilder/die Ausbilderin
(4. und 5. siehe Rückseite)
5. ggf. Nachweis über eine dreimonatige Ausbildungsmaßnahme außerhalb der Ausbildungsstätte

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift Ausbilder/in

.....
Datum

.....
Unterschrift Auszubildende/r

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.....

,
(Name, Vorname der Auszubildenden)

in meiner/unserer Praxis in folgendem Zeitraum/an folgenden Terminen ihre externe Ausbildung absolviert hat:.....

.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des externen Ausbilders