

Per Post zurück an:

Bezirkszahnärztekammer Trier
Loebstr. 18

D-54292 Trier

Anmeldeschluss ist am 14.10.2024!

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 Wiederholung der Abschlussprüfung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten

am 05. und 06. November 2024

Ich melde meine(n) Auszubildende(n)

Herrn / 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 Wiederholung der Abschlussprüfung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten an.

Mit der Unterschrift stimmt der/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 dem/der Auszubildenden bearbeitete und unterschriebene sowie von dem/der Auszubildenden gegengezeichnete betriebliche Ausbildungsnachweis
4. das von dem/der Auszubildenden erarbeitete sowie bis zur Einreichung geführte und von dem/der Auszubildenden unterschriebene Wochenberichtsheft - bitte im Schnellhefter einreichen (keine Ordner)
5. Nachweis des/der Ausbilder(in)s über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz (**siehe Rückseite**)
6. ggf. Nachweis über eine dreimonatige Ausbildungsmaßnahme außerhalb der Ausbildungsstätte

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

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel, Unterschrift des/der Auszubildenden

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/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(r)
(Name, Vorname des/der Auszubildenden)

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

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel, Unterschrift des/der Auszubildenden

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 des/der Auszubildenden)

unserer Praxis in folgendem Zeitraum / an folgenden Terminen die externe Ausbildung absolviert hat:

.....
Ort, Datum

.....
Praxisstempel, Unterschrift des/der externen Auszubildenden

von dem/der Ausbildenden auszufüllen

Für die Teilnahme des/der Auszubildenden an der Wiederholungsprüfung wird eine Gebühr von € 200,-- erhoben. Diese wird zwei Wochen vor dem Termin der schriftlichen Prüfung eingezogen oder ist bis spätestens zu diesem Termin zu überweisen. Bitte beachten Sie die jeweilige Frist!

- Ich (der / die Ausbildende) bin mit der Begleichung der Gebühr für die Wiederholungsprüfung meines/r umseitig genannten Auszubildenden durch Einzug zu Lasten meines Bankkontos einverstanden (nur möglich, wenn der BZK Trier ein Lastschriftmandat vorliegt).
- Die Gebühr für die Wiederholungsprüfung meines/r Auszubildenden werde ich **bis spätestens zwei Wochen** vor der Prüfung auf das Konto der Bezirkszahnärztekammer Trier bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, IBAN DE52 3006 0601 0001 5198 91, BIC DAAEDEDXXX, überweisen.

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift des/der Ausbildenden