

Antrag zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen

Industrie- und Handelskammer Dresden
Geschäftsbereich Bildung
Referat Prüfungswesen
Mügelner Str. 40
01237 Dresden

Bezeichnung der Fortbildungsprüfung:

Prüfungstermin:		Lehrgangsort:	
-----------------	--	---------------	--

Familienname:		Vorname:	
Titel:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
	Tag		

Wohnanschrift			
evtl. Ortsteil:			
Straße:		Nr.:	
PLZ:		Ort:	
Geschlecht:	weiblich <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Telefon privat:			
Telefon dienstl.:			
E-Mail:			

Ausbildung/beruflicher Werdegang Die Angaben sind durch Zeugniskopien (Prüfungszeugnisse, Arbeitszeugnisse) bzw. Tätigkeitsnachweise zur erforderlichen Berufspraxis zu belegen.

Berufsabschluss	Ausbildungsstätte	bestanden am

Übersicht über den beruflichen Werdegang

Tätigkeit als	Firma	von	bis	Monate

--

Ort, Datum

--

Unterschrift