

Antrag auf Änderung der Ausbildungsdauer gemäß § 8 bzw. 7a Berufsbildungsgesetz

☐ Verkürzung

☐ Verlängerung

☐ Teilzeit

Ausbildende/r (Betrieb)	Name des Betriebes:	_____
	Firmen-ID:	_____
	Straße:	_____
	PLZ/Ort:	_____
	Ansprechpartner/in:	_____ Tel.: _____
	E-Mail:	_____
Auszubildende/r	Vor- und Nachname:	_____
	Azubi-ID:	_____
	Geburtsdatum:	_____
	Straße:	_____
	PLZ/Ort:	_____
	Ausbildungsberuf:	_____
	Ausbildungsdauer:	von: _____ bis: _____

Hiermit beantragen Auszubildende/r und Auszubildende/r gemeinsam eine Änderung der Ausbildungsdauer.

Bitte beachten Sie die jeweiligen Fristen zur Einreichung der Verkürzungsanträge:



Verkürzung	Bisheriges Ausbildungsende:	_____
	Neues Ausbildungsende:	_____
	Verkürzung in Monaten:	_____
	Verkürzungsgrund mit Nachweis in Kopie:	
	☐ mittlerer Schulabschluss <i>(bis zu 6 M)</i> ☐ Hochschul- oder Fachhochschulreife <i>(bis zu 12 M)</i> ☐ Lebensalter (21 Jahre oder älter bei Ausbildungsbeginn) <i>(bis zu 12 M)</i> ☐ abgeschlossene Berufsausbildung <i>(bis zu 12 M)</i>	

Hinweis: Eine **vorzeitige Prüfungszulassung § 45.1 BBiG** ist aufgrund guter Leistungen in Berufsschule und Betrieb möglich. Bitte nutzen Sie hierfür den Antrag.

<https://www.ihk-muenchen.de/ihk/documents/Berufliche-Bildung/Ausbildungsberatung/11-24-Information-und-Antrag-auf-Vorzeitige-Zulassung-zur-Abschlussprüfung.pdf>



Der/Die Auszubildende beantragt die Verlängerung der Ausbildungsdauer:

Verlängerung

Bisheriges Ausbildungsende: _____

Neues Ausbildungsende: _____

Verlängerungsdauer in Monaten: _____

Verlängerungsgrund: _____

(z.B. längere Krankheit, **nicht** Prüfungswiederholung)

Der/Die Auszubildende gibt hierzu folgende Stellungnahme ab:

Hiermit wird eine Reduzierung der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit mitgeteilt:

Teilzeit

Aktuell tägliche Stunden: _____

Aktuell wöchentliche Stunden: _____

Die Ausbildungszeit soll ab dem _____

täglich _____ Stunden und wöchentlich _____ Stunden betragen.

Verlängerung der Ausbildungsdauer: _____

Neues Ausbildungsende: _____

Unterschriften

Ausbildende/r (Stempel, Ort, Datum)

Auszubildende/r (Ort, Datum)

Gesetzliche Vertreter (Ort, Datum)