



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

Verkürzung

Verlängerung

Teilzeit

<b>Ausbildende/r (Betrieb)</b>	Name des Betriebes: _____ Firmen-ID: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Ansprechpartner/in: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____
<b>Auszubildende/r</b>	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:**



<b>Verkürzung</b>	Bisheriges Ausbildungsende: _____ Neues Ausbildungsende: _____ Verkürzung in Monaten: _____ Verkürzungsgrund mit Nachweis in Kopie: <input type="checkbox"/> mittlerer Schulabschluss <i>(bis zu 6 M)</i> <input type="checkbox"/> Hochschul- oder Fachhochschulreife <i>(bis zu 12 M)</i> <input type="checkbox"/> Lebensalter (21 Jahre oder älter bei Ausbildungsbeginn) <i>(bis zu 12 M)</i> <input type="checkbox"/> 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**

\_\_\_\_\_  
Auszubildende/r (Stempel, Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Auszubildende/r (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche Vertreter (Ort, Datum)