



Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit nach § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

Apothekerkammer Bremen * Eduard-Grünow-Str. 11 * 28203 Bremen * Telefon: +49 421 170917 * E-Mail: s.mueller@ak-bremen.de

Im Ausbildungsberuf:

Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r (PKA)

Vor- und Nachname der/des Antragstellerin/s:

Beginn der Ausbildung:

Ausbildungsapotheke:

Verantwortlicher Ausbilder/in:

Anschrift der Apotheke:

PLZ und Ort der Apotheke:

Hiermit wird folgender Antrag gestellt:

Verkürzung der Ausbildung um:

Monate

Verkürzung aufgrund der Schulbildung:

- ☐ Fachoberschulreife (Mittlere Reife) 6 Monate
- ☐ Fachhochschulreife (Abitur) 12 Monate
- ☐ Abgeschlossene vollzeitschulische Berufsausbildung (gleiche Fachrichtung)

Verkürzung aufgrund einer Berufsausbildung:

- ☐ Vorausgegangene Berufsausbildung (gleiche Fachrichtung)
- ☐ Einschlägige Berufstätigkeit oder Arbeitserfahrung im PKA-Berufsfeld

Die entsprechenden Unterlagen sind dem Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit als Kopie beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden

Ich bin mit der Verkürzung der Ausbildungszeit einverstanden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s