Apothekerkammer Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

Apothekerkammer Bremen • Eduard-Grunow-Str. 11 • 28203 Bremen • Telefon: +49 421 170917 • E-Mail: g.glandien@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