

Anmeldung zur Berufsschule

Ausbildungsberuf:

Persönliche Daten der/des Auszubildenden

Nachname (gegeben. Geburtsname)	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Religionszugehörigkeit	Geburtsland	Staatsangehörigkeit	Geschlecht w m div.
Straße & Hausnummer		E-Mail:	
Postleitzahl, Wohnort		Telefon (Festnetz/Mobil)	

Bisheriger schulischer Werdegang

Name der zuletzt besuchten Schule	Stadt der zuletzt besuchten Schule	Datum und Art des Abschlusses
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Daten zur Ausbildung

Ausbildungsvertragsbeginn	Vorgesehene Ausbildungsdauer
Name der Praxis/des Ausbildungsbetriebes	Name der Zahnärztin/des Zahnarztes
Straße, Hausnummer (Ausbildungspraxis)	Zuständige/r Ausbilder/in
Postleitzahl und Ort	Telefon (Ausbilder)
Homepage (Praxis)	E-Mail des Zahnarztes/der Zahnärztin

Gewünschter Berufsschultag: Bitte vergeben Sie Präferenznummern wobei die Zahl 1 ihren präferierten Tag und 5 ihren am wenigsten präferierten Tag ausdrückt.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Datenschutz: Hiermit bestätigen **die/der Auszubildende und die Praxis/Zahnarztpraxis** die Datenschutzhinweise zum Anmeldeformular gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben:

ja

nein

Datum / Unterschrift des Ausbildungsbetriebes / Stempel
Unterschrift / bei nicht volljährigen Schülern durch Erziehungsberechtigten