

Bildungsträger	Teilnehmer/-in
Name:	Vorname:
Straße Hausnummer:	Nachname:
Postleitzahl Ort:	Straße Hausnummer:
Ansprechpartner/-in:	Postleitzahl Ort:
Telefon:	geboren am:
E-Mail:	Telefon:
	E-Mail:

Anmeldung zur Kompetenzfeststellung der Teilqualifizierung

Teilqualifizierung im Referenzberuf: _____

Modul ____ - _____

Zeitraum der Qualifizierung von: _____ bis: _____

Einwilligung Datenschutz

Mit der Unterschrift gibt der/die Teilnehmer/-in sein/ihr Einverständnis zur Weiterverarbeitung seiner/ihrer Daten und Ergebnisse der Kompetenzfeststellung durch die IHK zu Essen.

Bestätigung des Bildungsträgers

Der Bildungsträger bestätigt durch die Unterschrift,

- dass die Teilqualifizierung ordnungsgemäß durchgeführt wurde, d.h. der/die o.g. Teilnehmer/-in hat mindestens ein Drittel der Durchführungszeit betrieblich absolviert.
- dass der/die Teilnehmer/-in an der Teilqualifizierungsmaßnahme mit maximal 10 Prozent Fehlzeiten teilgenommen hat.

Antrag auf Nachteilsausgleich

Nachfolgend sind notwendige Maßnahmen zum Nachteilsausgleich aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderungen (keine vorübergehende Erkrankungen) angegeben, die bei der Durchführung der Kompetenzfeststellung zu beachten sind:

Wenn Sie einen Nachteilsausgleich beantragen möchten, fügen Sie bitte dieser Anmeldung ein aktuelles ärztliches Attest bei.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/-in

Unterschrift Bildungsträger

Die Kostenübernahme für die Kompetenzfeststellung in Höhe von 250,00 € pro Baustein und angemeldeten Teilnehmer/angemeldeter Teilnehmerin wird vom Bildungsträger bestätigt. Die Bezahlung hat unmittelbar nach Zugang der Rechnung zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Bildungsträger