

<b>Bildungsträger</b>	<b>Teilnehmer/-in</b>
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