

Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung;

Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen gem. § 2 Berufsförderungsfortbildungsprüfungsverordnung (GFABPrV)

Träger:

Bezeichnung des Kurses:

Name:

Vorname:

A. § 2 Absatz 1 Berufsförderungsfortbildungsprüfungsverordnung

1. als erfolgreich abgelegt am:

2. Unmittelbare Anschlusszeiten mit Berufserfahrung zu 1. nachgewiesen?

Nein: (weiter bei B.)

Ja:

Betrieb	Zeitraum		Jahr(e)	Monat(e)	Tag(e)
Gesamt					
Umgewandelt					

Mindestens zwei Jahre ?

Nein: (weiter bei B.)

Ja: (weiter bei C.)

B. § 2 Absatz 1 Ziffer 4 PrV:

Betrieb	Zeitraum		Jahr(e)	Monat(e)	Tag(e)
Gesamt					
Umgewandelt					

Mindestens sechs Jahre berufspraktische Zeiten?

Nein: (Keine Zulassung möglich)

Ja: (Weiter bei C.)

C. § 2 Absatz 2 PrV:

Nachweis über die sechs Monate vorhanden?

Nein: Zulassung nicht möglich

Ja: Zulassung kann erfolgen

(Name, Amtsbezeichnung)

Unterschrift