**Antrag auf Anrechnung einer gleichwertigen Ausbildung zur Verkürzung der Ausbildungs- dauer nach § 23 Anästhesietechnischen- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz**

**(ATA-OTA-G)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nur von der oder dem Auszubildenden auszufüllen. | Hiermit beantrage ich die Verkürzung der dreijährigen Ausbildung gem. § 23 ATA-OTA-G.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name, Vorname  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse Emailadresse  Begründung:   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   □ Ausbildungsnachweise liegen bei (einfache Kopien sind ausreichend)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift der oder des Auszubildenden |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nur von der Schule auszufüllen und anschließend an das zuständige  Regionale Landesamt für Schule und Bildung Braunschweig weiterzuleiten. | Mit der verantwortlichen Einrichtung für die praktische Ausbildung abgestimmte Stellungnahme der Schule:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Schulname  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Schuladresse Schulnummer   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   Dem Antrag der/des o. g. □ stimme ich zu  und empfehle eine Anrechnung von \_\_\_\_\_\_ Monaten.  □ stimme ich nicht zu.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Name Unterschrift |