**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 EmailadresseBegründung:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

□ 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 |