

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

AUSBILDUNG

# Anzeige Verlängerung Ausbildungszeit wegen Elternzeit

## Auszubildende:r

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

## Ausbildende:r

Name, Vorname:

Anschrift / Praxisstempel:

Die/Der Auszubildende hat Elternzeit in Anspruch genommen in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Ausbildung wird wieder aufgenommen am: \_\_\_\_\_

Hiermit zeigen wir an, dass sich das Ausbildungsverhältnis um die Zeit der in Anspruch genommenen Elternzeit verlängert, die in die Vertragslaufzeit fällt. Die Anzeige der Verlängerung wird eingereicht bei der **Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 – Schwerpunkt Berufsbildung, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin**.

Nachweise für Beginn und Ende der Elternzeit sind beigelegt, z. B. Geburtsurkunde in beglaubigter Kopie

x

Datum, Unterschrift **Auszubildende:r**

bei Minderjährigkeit: Unterschrift gesetzliche:r Vertreter:in

x

Datum, Unterschrift **Ausbildende:r**

**Registrierungsvermerk der Ärztekammer Berlin** (Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_): Die Verlängerung ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

Neues Ausbildungsende: \_\_\_\_\_

**Zwischenprüfung:** Frühjahr / Herbst \_\_\_\_\_ | **Abschlussprüfung:** Sommer / Winter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beauftragte:r der Ärztekammer Berlin

(Siegel)