

vorzeitige PKA-Abschlussprüfung

Antrag auf vorzeitige Ablegung der PKA-Abschlussprüfung

Prüfungstermin	Hiermit stelle ich den Antrag auf vorzeitige Ablegung der Abschlussprüfung im ☐ Sommer _____ ☐ Januar _____ Der Antrag auf eine vorzeitige Ablegung der Abschlussprüfung • im Sommer ist bis zum 31. Januar des Jahres • im Januar ist bis zum 30. September des Vorjahres bei der Apothekerkammer Niedersachsen zu stellen.													
Auszubildende/r	<table><tr><td>Personennummer (wird von der Apothekerkammer ergänzt)</td><td>Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse Nr.</td></tr><tr><td>Name</td><td></td></tr><tr><td>Vorname</td><td>ggf. Geburtsname</td></tr><tr><td>Straße</td><td>Geburtsort</td></tr><tr><td>PLZ, Ort</td><td>Geburtsdatum</td></tr><tr><td>Telefon</td><td>Staatsangehörigkeit</td></tr></table>		Personennummer (wird von der Apothekerkammer ergänzt)	Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse Nr.	Name		Vorname	ggf. Geburtsname	Straße	Geburtsort	PLZ, Ort	Geburtsdatum	Telefon	Staatsangehörigkeit
Personennummer (wird von der Apothekerkammer ergänzt)	Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse Nr.													
Name														
Vorname	ggf. Geburtsname													
Straße	Geburtsort													
PLZ, Ort	Geburtsdatum													
Telefon	Staatsangehörigkeit													
Ausbildungsbeginn	Datum													
Berufsschulort	Name und Sitz der Berufsschule													
Ausbildungsbetrieb	<table><tr><td>Arbeitgeber-Nr. (4-stellig, wird v. d. Apothekerkammer ergänzt)</td><td>Straße</td></tr><tr><td>Name der Apotheke</td><td>PLZ, Ort</td></tr></table>		Arbeitgeber-Nr. (4-stellig, wird v. d. Apothekerkammer ergänzt)	Straße	Name der Apotheke	PLZ, Ort								
Arbeitgeber-Nr. (4-stellig, wird v. d. Apothekerkammer ergänzt)	Straße													
Name der Apotheke	PLZ, Ort													
Anlagen	Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen: 1. Formlose Stellungnahme des Apothekenleiters 2. Kopie des letzten Zeugnisses der Berufsschule 3. Zustimmung der Berufsschule													
Unterschriften	Ich bin mit der Anmeldung einverstanden. <table><tr><td>Datum, Apothekenstempel, Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s</td><td>Unterschrift des/der Auszubildenden</td></tr></table>		Datum, Apothekenstempel, Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s	Unterschrift des/der Auszubildenden										
Datum, Apothekenstempel, Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s	Unterschrift des/der Auszubildenden													