|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SVS  **SAARLÄNDISCHE VERWALTUNGSSCHULE** Zuständige Stelle nach § 73 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG) | | | | | | |
| Ausbildereignung | | | | | | |
| Ausbildungsberuf: Verwaltungsfachangestellte/Verwaltungsfachangestellter | | | | | | |
| Ausbilderdaten | | | | | | |
| Name | | Vorname | | | weiblich | männlich |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Geburtsdatum | | Amts- oder Berufsbezeichnung | | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Telefon | | E-Mail-Adresse | | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | |
| Fachliche Eignung 1. Berufliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 30 Abs. 2 BBiG) | | | | | | |
| Abgeschlossene Berufsausbildung zur/zum Verwaltungsfachangestellten | Abgeschlossene vergleichbare Berufsausbild.  Falls ja, welche?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Abgeschlossene andere Berufsausbildung  Falls ja, welche?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Sonstige Tätigkeiten, die eine fachliche Eignung bestätigen  Falls ja, welche?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Wie lange sind Sie bereits in diesem Beruf praktisch tätig? Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
| 2. Berufs- und arbeitspädagogische Eignung (§ 30 Abs. 1 BBiG i.V.m. § 2 Ausbildereignungsverordnung (AEVO) | | | | | | |
| Prüfung AEVO | Befreiung vom Nachweis | | Fortführen der Ausbildertätigkeit (bereits vor dem 01.08.2009 ausgebildet) | Ich beantrage die Befreiung vom Nachweis gem. § 6 AEVO | | |
| Falls ja, bitte Kopie des Nachweises beifügen | Falls ja, bitte Kopie des Nachweises beifügen | |  | Falls ja, bitte ausführliche Begründung und ggf. Zeugnisse bzw. Nachweise beifügen | | |
| Ausbildungs- behörde | Bezeichnung und Anschrift  Zur Flitsch 2  66822 Lebach | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Ort, Datum, Unterschrift der Ausbilderin oder des Ausbilders | | | | | | |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |

## Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben als ausbildende Behörde bzw. als Dienstvorgesetzte/r der Ausbilderin oder des Ausbilders

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Ort, Datum, Unterschrift, Amtsbezeichnung (Dienstsiegel)