

\_\_\_\_\_  
(Ausbildungsbehörde)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter/in, Telefonnummer

Saarländische Verwaltungsschule  
- Geschäftsstelle -  
Konrad-Zuse-Str. 5  
66115 Saarbrücken

**Antrag auf**  
**Verkürzung der Ausbildungsdauer**  
**auf Grund einer Teilzeitberufsausbildung**

nach § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

- Verkürzung auf 36 Monate Ausbildungsdauer
- Verkürzung auf \_\_\_\_ Monate Ausbildungsdauer

Hiermit beantragen Auszubildende/r und Auszubildende/r gemeinsam die Verkürzung der Ausbildungsdauer für das Berufsausbildungsverhältnis der/des Auszubildenden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Ausbildungszeit laut  
Ausbildungsvertrag (von/bis): \_\_\_\_\_

Es ist zu erwarten, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Die zum Erreichen des Ausbildungsziels erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten können bis zum Zeitpunkt der vorgezogenen Prüfung vermittelt werden

---

(Unterschrift der/des Ausbildenden)

---

(Unterschrift der/des Auszubildenden)