

Antrag zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen

Fortbildungsprüfung:	
Lehrgangsort:	
vorauss. Prüfungstermin:	
Name:	
Vorname:	
geboren am:	
geboren in:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon (dienstlich):	
Telefon (privat):	
E-Mail:	
Berufsabschluss*:	

Übersicht über den beruflichen Werdegang:

Tätigkeit bei, als*	von	bis	Anlagen-Nr.

* Angaben sind nachzuweisen: Zeugnis / vom Arbeitgeber bestätigter Nachweis

Ansprechpartner

Industrie- und Handelskammer zu Leipzig
Goedelerring 5 | 04109 Leipzig
Geschäftsbereich Grundsatzfragen
Abteilung Bildung
Telefon 0341 1267-1351
Telefax 0341 1267-1426

Ort, Datum, Unterschrift