

## GESUCH UM EINE AUSBILDUNGSBEWILLIGUNG

Für Betriebe, welche erstmals Lernende in diesem Beruf ausbilden

Gesuch um eine Ausbildungsbewilligung
Beruf
<input type="text"/>
Fachrichtung / Branche / Profil
<input type="text"/>

Betrieb	
Firma	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Gemeinde	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Leiter-in des Betriebes	
Name und Vorname	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
besitzt :	<input type="checkbox"/> EFZ als <input type="text"/> im Jahre <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Eidg. Fachausweis
	<input type="checkbox"/> Eidg. Diplom (Meister)
	<input type="checkbox"/> Andere
Kurs für Berufsbildner-in (LMK)	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein, noch nicht besucht

**Bitte Kopien beilegen : EFZ, Eidg. Fachausweis, Eidg. Diplom (Meister), ...**

Beauftragte-r Berufsbildner-in	
Name und Vorname	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
besitzt :	<input type="checkbox"/> EFZ als <input type="text"/> im Jahre <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Eidg. Fachausweis
	<input type="checkbox"/> Eidg. Diplom (Meister)
	<input type="checkbox"/> Andere
Kurs für Berufsbildner-in (LMK)	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein, noch nicht besucht

**Bitte Kopien beilegen : EFZ, Eidg. Fachausweis, Eidg. Diplom (Meister), ...**

Stempel und Unterschrift der Unternehmung	
Ort	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Zurückzusenden an :

Unten stehende Angaben nur ausfüllen, wenn die lernende Person bekannt ist

Angaben zur lernenden Person (alle Angaben sind erforderlich)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name	
	Vorname	
	<b>AHV Nr.</b>	<b>Geburtsdatum</b>
	Sohn/Tochter des	
	Bürgerort	
(Für Ausländer-in : Kopie des Permis beilegen)		
	Strasse	
	PLZ und Ort	
	Gemeinde	
	Muttersprache - Erstsprache	
Welche Schule wurde letztes Jahr besucht?		Welches Schuljahr ?
	Telefon	(fakultativ)
	Natel	(fakultativ)
	E-Mail	(fakultativ)
	Lehrbeginn	
	Unterrichtssprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch

Gesetzliche Vertretung

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ und Ort	
Telefon	
Natel	
E-Mail	

Bemerkungen

mb/août 2011