



## Erziehungsdepartement

Amt für Berufsbildung und Berufsberatung  
Hauptgasse 51  
9050 Appenzell  
Telefon +41 71 788 93 73  
Telefax +41 71 788 93 69  
werner.hugener@ed.ai.ch  
www.ai.ch

## Anmeldung für das Qualifikationsverfahren | Schlussprüfung gem. Art. 32 BBV - Gesundheits- und Sozialberufe

**Art. 32 BBV<sup>1</sup>:** Wurden Qualifikationen ausserhalb eines geregelten Bildungsganges erworben, so setzt die Zulassung zum Qualifikationsverfahren eine mindestens fünfjährige berufliche Erfahrung voraus.

### Personalien

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

**Bezeichnung des Lehrberufs** \_\_\_\_\_

(in welchem die Prüfung abgelegt werden will)

### Bisherige Tätigkeiten<sup>2</sup>

Arbeitsstellen	Tätigkeit	Ausbildungsdauer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Evtl. bereits absolvierte Lehre als<sup>3</sup>** \_\_\_\_\_

### Angaben über die Vorbereitung in den schulischen Fächern

Besuchte Schule/Kurse/Selbststudium	Jahre	Semester
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Prüfungstermin** Sommer 20\_\_\_\_  
(Mai - Juni)

**Prüfungskreis / Berufsfachschule** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Eidgenössische Berufsbildungsverordnung (SR 412.101, abgekürzt eidg. BBV)

<sup>2</sup> Kopien der Arbeitszeugnisse/-bestätigungen sind unbedingt beizulegen

<sup>3</sup> Kopie des Fähigkeitszeugnisses beilegen

Ort / Datum

Unterschrift Kandidatin / Kandidat

---

**Anmeldeschluss** 31. Oktober des Vorjahres in welchem die Prüfung abgelegt wird.

**Entscheid des Amtes für Berufsbildung und Berufsberatung** (bitte frei lassen)

Zur Schlussprüfung zugelassen  Ja  Nein

Ganze Prüfung  Ja  Nein

Dispensiert von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Appenzell / Datum

Stempel / Unterschrift

---