



LANDESINNUNG DER
AUGENOPTIKER UND OPTOMETRISTEN
IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

An den Prüfungsausschuss

- ☐ Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Schleswig-Holstein

Antrag an die Verwaltung richten:

Fachakademie für Augenoptik Hankensbüttel
Klosterstr. 3
29386 Hankensbüttel
Tel. 05832 7202211
HP: www.fachakademie-augenoptik.de
Mail: gp@fachakademie-augenoptik.de

Wir beantragen die Zulassung zur:

- ☐ Gesellenprüfung Teil 1 (GP Teil1)
☐ Gesellenprüfung Teil 2 (GP Teil2)
☐ 1. Wiederholungsprüfung (Befreiungsantrag)
☐ 2. Wiederholungsprüfung (Befreiungsantrag)
Anmeldefrist: ☐ 01.02. (GP1 Fr) ☐ 01.04. (GP2 So)

Prüfungsbewerber/-in:

Schulort/Klasse: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geb.ort.: _____

Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Ausbildungsbetrieb:

Adressänderung bitte umgehend mitteilen!

Betriebsname: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Ansprechpartner: _____

Folgende Unterlagen müssen beigelegt werden:

- ☐ Schriftl. Ausbildungsnachweisheft **im Original** (Teilnahme an der GP Teil 1 und GP Teil 2)
ODER Abgabeformular zum digitalen Berichtsheft mit QR-Code (Teilnahme an der GP Teil 1 und GP Teil 2), Abgabe bei der Berufsschule der Handwerkskammer Lübeck, Wiekstr. 5, 23570 Lübeck
- ☐ Anmeldeformular mit Unterschrift des Auszubildenden/ der Auszubildenden **und** Unterschrift des Ausbildungsbetriebs (Teilnahme an der GP Teil 1 und GP Teil 2)

Wir sind informiert, dass die Zulassung bei Falschangaben widerrufen werden kann.

Wir bestätigen hiermit, den im Zusammenhang mit diesem Antrag zur Prüfungszulassung übermittelten schriftlichen/elektronischen Ausbildungsnachweis regelmäßig persönlich und vollständig geführt zu haben (Auszubildende/r) sowie den Ausbildungsnachweis regelmäßig gesichtet und auf Vollständigkeit geprüft zu haben (Ausbildungsbetrieb). Wir versichern, dass die Nachuntersuchung (lt. §33 JArbSchG bei U18) durchgeführt wurde.

Ort/Datum

Unterschrift Prüfungsbewerber/-in (Auszubildende/r)

Ort/Datum

Unterschrift Ausbildungsbetrieb

Name Prüfungsbewerber/in: _____

Betriebsname: _____

Internes Formular (Vom Prüfungsausschuss auszufüllen) Entscheidung über die Zulassung zur Prüfung

☐ **Bei Zulassung**

Der Prüfungsbewerber wird zur Prüfung zugelassen. Die zuständige Stelle wird hiermit beauftragt, dem Prüfungsbewerber und der Ausbildungsstätte rechtzeitig die Entscheidung des Prüfungsausschusses bekannt zu geben.

Ort/Datum

Unterschrift Vorsitzende/r des Prüfungsausschusses

☐ **Nichtzulassung**

Wir lehnen die Zulassung zur Prüfung ab, weil

Die zuständige Stelle wird hiermit beauftragt, dem Prüfungsbewerber und der Ausbildungsstätte unverzüglich die Entscheidung des Prüfungsausschusses bekannt zu geben. Die Mitteilung ist mit der erforderlichen Rechtsmittelbelehrung zu versehen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Mitglied des
Prüfungsausschusses

.....
Unterschrift Mitglied des
Prüfungsausschusses

.....
Unterschrift Mitglied des
Prüfungsausschusses

Die Prüfung findet statt im

☐ Sommer _____
☐ Winter _____

Empfangsbestätigung (am Tag der Prüfung vom Prüfling auszufüllen)

Alle eingereichten Unterlagen (Berichtsheft, Zeugniskopie, Bescheinigungen etc.) habe ich zurück erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift Prüfungsbewerber/-in (Auszubildende/r)