

Landeszahnärztekammer
Ressort Ausbildung
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

**Anmeldung zur Abschlussprüfung
zur/ zum Zahnmedizinischen Fachangestellten**

Sommer 20.....

Winter 20.....

**Prüfungsteilnehmer/in:
(Name, Vorname)**

.....

Geburtsdatum:

.....

Geburtsort:

.....

Registrier-Nr. des Ausbildungsvertrages

.....

Berufsschulzentrum:

.....

Ausbildungspraxis:

.....

Prüfungsart:

Reguläre Prüfung

1. Wiederholungsprüfung

2. Wiederholungsprüfung

Vorzeitige Prüfung

Eingereichte Antragsunterlagen:

**-Leistungsbeurteilung des Ausbilders/ der
Ausbilderin**

-letztes Zeugnis der Berufsschule

-sonstige Leistungsnachweise

**Die in der Verordnung über Berufsausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vom 04. Juli
2001 ausgewiesenen Ausbildungsinhalte wurden vollständig vermittelt.**

Unterschrift des Ausbilders/ Praxisstempel

Unterschrift des Auszubildenden