

Landeszahnärztekammer Sachsen
Ressort Ausbildung
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

**Anmeldung zum Teil 1 der Abschlussprüfung
zur/ zum Zahnmedizinischen Fachangestellten**

Prüfungsteilnehmer/in:
(Name, Vorname)

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Registrier-Nr. des Ausbildungsvertrages:

Berufsschulzentrum:

Ausbildungspraxis:

Die in der Verordnung über Berufsausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vom 16.März 2022 ausgewiesenen Ausbildungsinhalte bis zum 18. Ausbildungsmonat wurden vollständig vermittelt.

Es wird bestätigt, dass der Ausbildungsnachweis bis zum 18. Ausbildungsmonat vollständig geführt wurde.

Unterschrift der Ausbilderin/ des Ausbilders
Praxisstempel

Unterschrift der/des Auszubildenden