

Thüringer Landesverwaltungsamt
Referat 321
Berufe des Gesundheitswesens

Jorge-Semprún-Platz 4 99423 Weimar
Postfach 2249 99403 Weimar

Antrag auf Ausbildungsverkürzung

Hiermit beantrage ich eine Verkürzung der Ausbildungszeit zur/zum

Berufsbezeichnung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Dem Antrag füge ich bei:

1. tabellarischer Lebenslauf,
2. amtlich beglaubigte Kopien der schulischen/beruflichen Abschlusszeugnisse,
3. Arbeitszeugnisse (antragsrelevante Arbeitsstellen),
4. Fortbildungs- oder Weiterbildungszertifikate.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in