



**Anmeldung zur Prüfung**

gemäß § 10 der PO für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen nach § 54 BBiG  
**zur/zum Fachwirt/ -in für Management und Führung in Krankenkassen**  
(Bitte **vollständig** ausfüllen)

**Anmeldung zur**

Fortbildungsprüfung     1. Wiederholungsprüfung     2. Wiederholungsprüfung

**Personalien des Prüfungsbewerbers:**

Name, Vorname: .....

Geboren am/ in: .....

(tt.mm.jjjj)

(Geburtsort)

Geschlecht:

m

w

d

Privatanschrift: .....

(Straße, Hausnr.)

.....  
(PLZ, Ort)

Telefon: .....

/  
privat/dienstlich

**Schulische Vorbildung** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

ohne Hauptschulabschluss

Hochschul-/ Fachhochschulreife

Hauptschulabschluss

im Ausland erworbener Abschluss, nicht zuzuordnen

Realschul- oder vergleichbarer Abschluss

**Berufliche Vorbildung** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1.1  Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten

Nachweis ist beigelegt.

1.2  Erfolgreiche Teilnahme als Mitarbeiter eines Versicherungsträgers an einer Bildungsmaßnahme,  
deren wesentliche Inhalte denen der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten entspricht

Nachweise sind beigelegt.

1.3  Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem anderen anerkannten Ausbildungsberuf

Ausbildungsberuf: .....

Nachweis ist beigelegt.

1.4  Erfolgreich abgeschlossenes Fach- bzw. Hochschulstudium

Studium: .....

Nachweis ist beigelegt.

**und**

Mindestens zweijährige Tätigkeit in der Sozialversicherung

vom-bis ..... bei .....

Nachweise sind beigelegt.

**und**

- Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme im Umfang von mind. 500 Stunden  
vom-bis ..... bei .....

**oder**

- 2  Anderweitiger Erwerb der Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die die Zulassung zur  
Fortbildungsprüfung rechtfertigen

vom-bis ..... bei .....

Nachweise sind beigefügt.

**Hinweis**

Auf Antrag erhalten behinderte Menschen i.S. des SGB IX zur Wahrung der Chancengleichheit die ihrer Beeinträchtigung angemessene Erleichterung im Prüfungsverfahren, § 13 PO.  
Entsprechendes gilt für Prüflinge, die nicht unter dem Schutz des SGB IX stehen, aber aufgrund einer aktuellen Beeinträchtigung ohne einen Ausgleich benachteiligt wären.  
(Bei Antragstellung ist eine ärztliche Bescheinigung über Art und Umfang der Beeinträchtigung vorzulegen.)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Prüfungsbewerbers)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers)