



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)