

Praxisstempel	Verantwortliche:r Ausbildende:r
	Tel-Nr. für Rückfragen
	E-Mail-Adresse

Bayerische Landestierärztekammer (BLTK)  
Referat Ausbildung TFA  
Bavariastr. 7a  
80336 München

**BITTE BEACHTEN!**  
Der Antrag auf Verkürzung der Ausbildungsdauer muss innerhalb des ersten Ausbildungsjahres bei der Kammergeschäftsstelle eingereicht werden!

E-Mail: [tfa-ausbildung@bltk.de](mailto:tfa-ausbildung@bltk.de)

<b>Antrag auf Verkürzung der Ausbildungsdauer</b>		
gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der Richtlinien der BLTK über die Voraussetzungen für die Verkürzung der Ausbildungszeit für Tiermedizinische Fachangestellte		
<i>§ 8 Abs. 1 BBiG: Auf gemeinsamen Antrag der Auszubildenden und der Ausbildenden hat die zuständige Stelle die Ausbildungsdauer zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Dauer erreicht wird.</i>		
<b>Auszubildende:r</b>		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Vertragsnummer <i>(falls bekannt)</i>	Ausbildungsbeginn <i>(Datum)</i>	Vertragliches Ausbildungsende <i>(Datum)</i>
<b>Verantwortliche:r Ausbildende:r (Tierärztin/Tierarzt)</b>		
Name	Vorname	Titel
<b>Wir beantragen die Verkürzung des Berufsausbildungsverhältnisses aufgrund folgender Voraussetzung</b> <i>(bitte Zutreffendes ankreuzen):</i>		
<input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife / Fachhochschulreife	⇒ Verkürzung um sechs Monate	
<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Berufsausbildung in einem artverwandten Beruf	⇒ Verkürzung um sechs Monate	
<input type="checkbox"/> Wechsel der Berufsausbildung aus einem medizinischen Hilfsberuf	⇒ Verkürzung um maximal sechs Monate	
<input checked="" type="checkbox"/> Kopien der entsprechenden Schul- oder Berufsabschlüsse bzw. Nachweise über abgelegte Ausbildungszeiten sind dem Antrag beigelegt.		
Ort, Datum	Ort, Datum	
.....	.....	
.....	.....	
.....	Unterschrift Auszubildende:r	
.....	.....	
Unterschrift Ausbildende:r (Praxis)	ggf. Unterschrift gesetzliche Vertreter	