

**Änderungsvereinbarung
Verkürzung eines Berufsausbildungsverhältnisses**

Ausbildungsbetrieb (Name/Anschrift)

Auszubildende/r

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Eingetragen im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse unter der Nummer:

Änderungsvereinbarung

Die Ausbildungszeit soll um _____ Monate verkürzt werden.

Somit endet das Berufsausbildungsverhältnis am _____

Grund:

- Abitur / Fachabitur
- Mittlerer Bildungsabschluss
- abgeschlossene Berufsausbildung oder berufsähnliche Vorbildung

Bitte entsprechende Nachweise (Zeugniskopien) beilegen.

Ort:

Datum:

.....
Unterschrift Ausbildungsbetrieb

.....
Unterschrift Auszubildende / r

bei Minderjährigen:
Unterschrift gesetzliche Vertreter

**Eine Bestätigung mit Detailangaben erhalten Sie nach Bearbeitung der
Änderungsvereinbarung**