

Bitte vollständig ausfüllen!

Die Anmeldung bitte ausschließlich an: RBZ, Westring 100, 24114 Kiel oder per Fax an: 0431/1698382 senden! Bei Rückfragen rufen Sie uns gern unter 0431/1698300 an.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Ausbildungsberuf | |
| Ausbildungsbetrieb (ggf. Stempel) Name des Ausbilders und E-Mail Adresse bitte eintragen! | |
| Beginn der Ausbildung | |
| Bei Maßnahmen/Umschulungen bitte Träger eintragen | |
| Art der Maßnahme (EQJ-Vertrag oder Kostenübernahme bitte in Kopie beifügen) | <input type="radio"/> Einstiegsqualifizierungs Jahr <input type="radio"/> Umschulung |

Persönliches

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsname (nur ausfüllen, wenn abweichend) | | |
| Geschlecht | <input type="radio"/> weiblich | <input type="radio"/> männlich |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsland und Jahr des Zuzugs (nur ausfüllen, wenn nicht DE) | | |
| Staatsangehörigkeit/Muttersprache | | |
| Adresse und Hausnummer | | |
| Postleitzahl, Ort und Kreis | | |
| Telefon (privat und/oder Mobil) | | |

Schulischer/Beruflicher Werdegang

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| Letzter allgemeinbildender Schulabschluss | Abschluss: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Art des Abschlusses: | |
| | Entlassungsjahr: | |
| | Entlassen aus Klassenstufe: | |
| Sonstiger Abschluss Beispiel: Berufsfachschule, Berufliches Gymnasium, abgeschlossene Berufsausbildung | Abschluss: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| | Art des Abschlusses*: | |
| | Entlassungsjahr: | |
| | Entlassen aus Klassenstufe: | |

Ort, Datum

Unterschrift