Regionales Berufsbildungszentrum am Schützenpark

der Landeshauptstadt Kiel
- rechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts -

Bitte vollständig ausfüllen!

Die Anmeldung bitte ausschließlich an: RBZ am Schützenpark, Westring 100, 24114 Kiel, info@rbz-schuetzenpark.de oder per Fax an: 0431 1698-333 senden!

Bei Rückfragen rufen Sie uns gerne unter 0431 1698-300 an.

Ausbildungsberuf	
Ausbildungsbetrieb (ggf. Stempel) Name des Ausbilders, Name des Inhabers 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**)	O **E**instiegs**q**ualifizierungs **J**ahr O Umschulung

Persönliches

Name, Vorname									
Geburtsname (nur ausfüllen, wenn abweichend)									
Geschlecht	O weiblich O männlich O divers O o. Angabe								
Geburtsdatum									
Geburtsland **und** Jahr des Zuzugs (nur ausfüllen, wenn **nicht** DE)									
Staatsangehörigkeit/Muttersprache									
Anschrift **und** Hausnummer									
Postleitzahl, Ort **und** Kreis			KI		NF		OH		NMS
			RD		SE		SL		PLÖ
Telefon (privat und/oder Mobil)									
E-Mail-Adresse									

Schulischer/Beruflicher Werdegang

Letzter **a l l g e m e i n b i l d e n d e r** Schulabschluss	Abschluss:	O ja O nein
	Art des Abschlusses:	
	Entlassungsjahr:	
	Entlassen aus Klassenstufe:	
Sonstiger Abschluss	Abschluss:	O ja O nein
	Art des Abschlusses*:	
*Beispiel: Berufsfachschule, Berufliches Gymnasium, abgeschlossene Berufsausbildung	Entlassungsjahr:	
	Entlassen aus Klassenstufe:	

--- ---

Ort, Datum Unterschrift