**Staatliche Berufsbildende Schule Technik Gera**

**Abt. Fahrzeug-/Elektro-/Metalltechnik Abt. Bau-/Farbtechnik**

Berliner Straße 157 **·** 07546 Gera Richterstraße 2 **·** 07545 Gera

Tel./Fax: (0365) 43716 -12 / -15 Tel./Fax: (0365) 71037 -26 / -27

E-Mail: [poststelle@sbbs-technik.de](mailto:poststelle@sbbs-technik.de) E-Mail: poststelle-bau@sbbs-technik.de

**Änderungsmitteilung zum bestehenden Berufsausbildungsvertrag**

Die Notwendigkeit der Datenerhebung ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen des Freistaates Thüringen. Die Daten werden entsprechend behandelt.

|  |  |
| --- | --- |
| Änderungen gelten ab: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Änderung Ausbildungsbetrieb  **(Kopie neuer Ausbildungsvertrag als Anlage)** |
|  |  |
|  | Änderung Ausbildungsvertrag  **(Kopie geänderter Ausbildungsvertrag als Anlage)** |
|  |  |
|  | Abmeldung/Kündigung  **(Kopie Kündigungsschreiben als Anlage)** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ausbildungsberuf: |  |
|  |  |
| Schwerpunkt/Spezialisierung/Fachrichtung: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beginn der Ausbildung |  | Ende der Ausbildung: |  |
|  |  |  |  |

**Persönliche Daten der/des Auszubildenden**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | |
| Geburtsdatum: |  | Geburtsort: | |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| Telefon privat: |  | | | mobil: | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  |
| Straße: |  | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  |
| PLZ/Wohnort: |  | | | | Landkreis: | | |  |

**Ausbildungsbetrieb**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firmenname: |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  | |
| Straße: |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  | |
| PLZ/Ort: |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| Kammer: |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| Ansprechpartner: |  | | | | | | | |
|  | Anrede Vorname Nachname | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | |
| Telefon: |  | | | Telefax: | |  | | |
|  | | |  | |  | | |  |
| E-Mail: |  | | | | |

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unterschrift Auszubildende/r |  | Unterschrift Sorgeberechtigte/r |

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift Ausbildungsbetrieb | (Stempel) |