P E R S O N A L B O G E N

für die Auszubildenden der Landesinnungen für
Orthopädie-Technik Baden-Württemberg & Südwest; Zettachring 6, 70567 Stuttgart;
☎ 0711-7285535 Fax: 07117288577
E-Mail: ausbildung@fachverband-ot.eu

Angaben zum Auszubildenden:

Familienname: _____

1. Vorname: _____ Geschlecht: ( ) männlich ( ) weiblich

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____

Ausbildungsberuf: **Orthopädietechnik-Mechaniker/in**

Schwerpunkt: _____

Ausbildungszeit (3 Jahre) von _____ bis _____
(Tag/Monat/Jahr) (Tag/Monat/Jahr)

Umschüler: Ja ( ) Nein ( ) Beruf: _____

Angaben zum Ausbildenden:

Firmenname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ / Ort: _____ Tel: _____

zust. Handwerkskammer: _____ Kreishandwerkerschaft: _____

Die Daten werden benötigt um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Ausbildung zu ermöglichen. Melden Sie uns deshalb bitte jede Änderung der oben genannten Daten. **Ersatzweise können Sie uns auch eine Kopie des Ausbildungsvertrages zukommen lassen.**

_____ _____
(Unterschrift des Auszubildenden) (bei unter 18 Jähr.; Unterschrift Erziehungsberechtigte)

_____ _____
(Unterschrift des Ausbildenden / Firma) (Datum)