



Empfänger:  
Thomas Götze  
E-Mail: Thomas.Goetze@hwk-dresden.de

Hauptabteilung Berufsbildung  
Ausbildungsberatung  
Telefon 0351 4640-964

## 1. Bezeichnung der Maßnahme:

- Berufsvorbereitung  Ausbildung / Umschulung  Nachqualifizierung  
 Kooperatives Modell  Integratives Modell

## 2. Im Beruf:

## 3. Name und Anschrift des Bildungsträgers:

Name:

Ansprechpartner:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/E-Mail:

HWK-Nr.:

4. Dauer der Maßnahme: von:  bis:

5. Anzahl der Teilnehmer:

6. Ausbildungsort Praktische Ausbildung:

Hinweis: Bei kooperativen Maßnahmen **Anlage 2** (betriebliche Ausbildungsphase) beifügen

7. Ausbildungsort Theoretische Ausbildung:

## 8. Der Ausbildungsplan:

- entspricht vollständig dem jeweils aktuellen Ausbildungsrahmenplan.  
 entspricht einem bundeseinheitlichen Qualifizierungsbaustein. Bezeichnung:   
 gestaltet sich wie folgt: **weitere Anlagen** beifügen

## 9. Anlagen:

- Anlage 1: Angaben zum Ausbilder/Betreuer  
 Anlage 2: Angaben zur praktischen Ausbildung (betriebliche Ausbildungsphase)  
 weitere Anlagen:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Antragstellers (Bildungsträger)

Die Maßnahme wird  ohne  mit Auflagen genehmigt.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Handwerkskammer Dresden (Zuständige Stelle)