

Regionales Berufsbildungszentrum am Schützenpark

der Landeshauptstadt Kiel
- rechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts -



Bitte vollständig ausfüllen!

**Die Anmeldung bitte ausschließlich an: RBZ, Westring 100, 24114 Kiel 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)	<input type="checkbox"/> Einstiegsqualifizierungs Jahr <input type="checkbox"/> Umschulung

Persönliches

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

Schulischer/Beruflicher Werdegang

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

Ort, Datum

S. Raabe

20.01.2020

Unterschrift

Seite 1 von 1