

Landesapothekerkammer
Baden-Württemberg
Randa Garada
Villastraße 1
70190 Stuttgart

Anschrift | Stempel der Apotheke

Antrag auf Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

Hiermit wird die Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse beantragt. Die Anmeldung zum Berufsschulunterricht in der zuständigen Berufsschule wird durch die:den Ausbilder:in durchgeführt.

Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

- Anlage 1: Ausbildungsvertrag (zweifache Ausfertigung, ausgefüllt und unterschrieben)
- Anlage 2: Ausbildungsrahmenplan (zweifache Ausfertigung, ausgefüllt und unterschrieben)
- Anlage 3: Betrieblicher Ausbildungsplan (zweifache Ausfertigung)
- Anlage 4: Ergänzende Fragen zur Ausbildung

Nur bei minderjährigen Auszubildenden zusätzlich:

- Kopie der ärztlichen Bescheinigung über die Erstuntersuchung (§ 32 Jugendarbeitsschutzgesetz)

Nur bei Antrag auf Ausbildungszeitverkürzung/Teilzeitausbildung zusätzlich:

- Antrag auf Ausbildungszeit-/Teilzeitverkürzung
- Beglaubigte Kopie/n des/r erforderlichen Nachweise/es

Nur bei Umschulung:

- Bestätigung der Agentur für Arbeit über eine genehmigte Umschulungsmaßnahme

Hierzu wird erklärt:

1. Die Apotheke bietet die Voraussetzung, dass die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten des Berufsbilds der:des Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten in vollem Umfang vermittelt werden können.
2. In der Person der:des Auszubildenden und der:des ggf. von ihr:ihm bestellten Ausbilders:in liegen keine Gründe, die der Ausbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes entgegenstehen. Insbesondere besteht kein Verbot Kinder und Jugendliche zu beschäftigen.
3. Wesentliche Änderungen des Ausbildungsvertrages, einschließlich der vorzeitigen Beendigung des Ausbildungsverhältnisses werden der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg unverzüglich angezeigt.
4. Die Ausbildungsordnung und die sachliche und zeitliche Gliederung der Berufsausbildung werden der/dem Auszubildenden spätestens mit Beginn der Ausbildung ausgehändigt.
5. Die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben und die Übereinstimmung der Vertragsniederschriften wird versichert.

Ort Datum	Unterschrift Apothekenleiter:in bzw. verantwortliche:r Apotheker:in
-------------	---