

An die  
Landesapothekerkammer  
Baden-Württemberg

\_\_\_\_\_

per E-Mail:  
[pka-pruefungszulassung@lak-bw.de](mailto:pka-pruefungszulassung@lak-bw.de)

\_\_\_\_\_

Anschrift | Stempel der Apotheke

\_\_\_\_\_

Datum

### Antrag auf PKA-Prüfungszulassung

Mit Unterrichtung der/s Ausbilder/in wird hiermit ein Antrag auf Prüfungszulassung gestellt:

_____	Azubi-Nr.:
Vorname, Name, ggf. Geburtsname	Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

_____	_____
Straße	PLZ   Ort

_____	_____
Telefon   Mobil	E-Mail

_____	_____
Ausbildungsbeginn	Berufsschulort

Diesem Antrag liegen bei:

- Anlage 1 | Letztes Zeugnis der PKA-Berufsschule
- Anlage 2 | Bescheinigung über die Teilnahme am Erste-Hilfe-Grundkurs (9 Unterrichtseinheiten)
- Anlage 3 | Bescheinigung über das vollständig geführte Berichtsheft (Formular A 4.10.3)
- Anlage 4 | Bescheinigung über das Ergebnis der Zwischenprüfung
- Anlage 5 | Tabellarischer Lebenslauf (Formular A 4.12.2)

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Auszubildenden | der Auszubildenden

Hiermit bestätige ich als Ausbilder/in, dass die Fehlzeiten meiner/s Auszubildenden nicht mehr als  
3 Monate bzw. 75 Fehltage bezogen auf voraussichtlich 36 Monate Ausbildungszeit,  
2,5 Monate bzw. 63 Fehltage bezogen auf voraussichtlich 30 Monate Ausbildungszeit,  
2 Monate bzw. 50 Fehltage bezogen auf voraussichtlich 24 Monate Ausbildungszeit, betragen.  
**Bei Überschreitung der Fehlzeiten nach der Prüfungszulassung werde ich die LAK verständigen.**

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Ausbilders | der Ausbilderin lt. Ausbildungsvertrag