



Hinweis:

Zum Speichern des Formulars benötigen Sie die neuste Version des Acrobat Readers.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an:

Landesbetrieb Landwirtschaft Hessen  
Zuständige Stelle für die Berufsbildung  
Kölnische Straße 48 - 50

34117 Kassel

## Anmeldung zur Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Gärtner/Gärtnerin gemäß § 45 (2) Berufsbildungsgesetz

### PERSÖNLICHE DATEN:

Name, Vorname

geb. am

in

Staatsangehörigkeit

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)

Kreis

Telefon

### DIE ANMELDUNG ERFOLGT FÜR DIE:

Frühjahrsprüfung (Februar/März), Anmeldeschluss ist der 31. Oktober

Sommerprüfung (Juni/Juli/August), Anmeldeschluss ist der 28. Februar

### FACHRICHTUNG:

Baumschule

Gemüsebau

Friedhofsgärtnerei

Obstbau

Garten- und Landschaftsbau

Staudengärtnerei

Zierpflanzenbau

### ALLGEMEINBILDENDER SCHULABSCHLUSS:

Hauptschule

Realschule

Hochschulreife

Fachhochschulreife

Sonstiger Abschluss:

## BERUFLICHE TÄTIGKEITEN IM BERUF:

Name des Betriebes, Ort

von

bis

## TEILNAHME AN ÜBERBETRIEBLICHEN LEHRGÄNGEN:

Bezeichnung des Lehrgangs

von

bis

Ort

## SONSTIGE AUSBILDUNGSMASSNAHMEN:

Bezeichnung

von

bis

Ort

## FOLGENDE UNTERLAGEN FÜGE ICH BEI (NUR KOPIEN, KEINE ZEUGNISORIGINALA):

- a) Nachweise über die beruflichen Tätigkeiten (sind diesem Antrag beizufügen!)
- b) Lebenslauf
- c) Sonstige Unterlagen

Die von mir gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit.

Die Prüfung nach § 45 (2) Berufsbildungsgesetz ist gebührenpflichtig. Die Prüfungsgebühr überweise ich termingerecht nach Aufforderung.

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, die seitens der Zuständigen Stelle im Landesbetrieb Landwirtschaft Hessen zum Zweck meiner Prüfung erfasst werden, dort manuell und elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte wird nur auf Grundlage gesetzlich vorgegebener Anlässe vorgenommen. Die Verwendung zu statistischen Zwecken ist nur nach Anonymisierung erlaubt.

Ich bin \_\_\_\_\_ damit einverstanden,

Ich bin nicht \_\_\_\_\_ damit einverstanden,

dass meine Adressdaten am Ausbildungsende an Berufsverbände oder Fortbildungsorganisationen zur Nutzung für Ehrungen und Freistellungsfeiern weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_