

**Einstiegsqualifizierung** \_\_\_\_\_

Betrieb: _____	
Name: _____	Tel.: _____
Anschrift: _____	FAX: _____
Ansprechpartner/in: _____	Mail: _____

**Betriebliche Eignung:**

Ausbildungsbetrieb im Ausbildungsberuf \_\_\_\_\_

ja, seit: \_\_\_\_\_  nein

Wenn nein:

Die sachlichen Voraussetzungen (Betriebsräume, Ausstattung, Arbeitsmittel) zur Durchführung der o. g. Einstiegsqualifizierung sind gegeben:

ja  nein

Betriebsschwerpunkte: \_\_\_\_\_

---

**Fachliche Qualifikation: \***

Name:

Fachliche Qualifikation:

(Kopie des Zeugnisses bitte beifügen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* (der mit der Einstiegsqualifizierung beauftragten Fachkräfte)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

---

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift**