

Personalbogen Medizinische/r Fachangestellte/r

Name des Ausbilders/

Praxisstempel: _____

Personalien der/s Auszubildenden:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtstag: _____ **Geboren in:** _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss: _____

Beginn der Ausbildung _____

Ende der Ausbildung: _____

Geschlecht: männlich _____ weiblich _____ divers _____

Betriebsnummer des Ausbildungsbetriebes: _____

(Vergeben von der Bundesagentur für Arbeit n. SGBIV: (nicht die Betriebsstättennummer der KV)

Ort/Datum

Unterschrift des Ausbilders

Unterschrift der/des Auszubildenden