

An die
Autonome Provinz Bozen-Südtirol
Berufsbildungszentrum Schlanders
Protzenweg 8/a
39028 Schlanders

Tel: 0473 / 737911
E-Mail: bzs@schule.suedtirol.it

Einreichetermin: innerhalb 30. November (findet 1x jährlich statt)

Anmeldung zur Diplomprüfung

Der/Die unterfertigte _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in Postleitzahl _____ Ort _____ Straße/Nr. _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Integrationsschüler: ☐ ja ☐ nein

ersucht

zur Diplomprüfung für _____
(Beruf)

zugelassen zu werden.

Datum

Unterschrift

Einwilligung/Nichteinwilligung zur Weitergabe von Daten an mitarbeitersuchende Betriebe.

Der/die Unterfertigte erklärt: ☐ mit der Weitergabe der Daten einverstanden zu sein

☐ nicht einverstanden zu sein

Datum

Unterschrift

.....
Der Schule vorbehalten:

☐ PP und FG

☐ nur Fachgespräch

☐ nur praktische Prüfung

☐ FachschülerIn

☐ zugelassen

☐ nicht zugelassen, da _____