

RÜCKFAX

Handwerkskammer Oldenburg
Lehrlingsrolle
Theaterwall 32
26122 Oldenburg

Sabrina Krüger: 0441 232-55252
Ute Schelling: 0441 232-55274
Sabine Wolfram: 0441 232-55251

Anzeige der Auflösung eines Berufsausbildungsverhältnisses

Ausbildungsbetrieb: _____

Anschrift: _____

Auszubildende(r): _____

Ausbildungsberuf: _____

Das Ausbildungsverhältnis wird/wurde beendet zum _____

a) seitens des Betriebes

innerhalb der Probezeit.

außerhalb der Probezeit.

b) seitens des/der Auszubildenden

innerhalb der Probezeit.

außerhalb der Probezeit.

c) im gegenseitigen Einvernehmen.

Bitte fügen Sie eine Kopie des Kündigungsschreibens bzw. des Aufhebungsvertrages bei!

Ort, Datum

Ausbildungsbetrieb (Unterschrift/Stempel)