



Zulassungsantrag für die Prüfung zum Gebärdensprachdozenten

Gebärdensprachdozenten-Prüfungsordnung – GDozPO
vom 17. Oktober 2006, geändert am 31. Juli 2008

Ich möchte mich für die Prüfung anmelden.

| | | |
|--|---|---------------|
| Vor- und Nachname: | | |
| Geburtsname: | | Geburtsdatum: |
| Straße und Hausnummer: | | |
| PLZ und Ort: | | |
| Land: | | |
| Bundesland: | | |
| Fax: | | |
| E-Mail: | | |
| Zulassungsvoraussetzungen laut § 6 GDozPO: | <input type="radio"/> Teilnahme an der Ausbildung zum GSDoz des GIB oder <input type="radio"/> Absolvieren einer gleichwertigen Ausbildung oder <input type="radio"/> Mindestens fünfjährige Berufspraxis als GSDoz | |
| Bitte Zutreffendes ankreuzen! | <input type="radio"/> Nicht nach § 21 von der Wiederholung der Prüfung ausgeschlossen <input type="radio"/> Die Prüfungsgebühr wurde (§ 22 GDozPO) entrichtet | |
| Datum, Unterschrift: | | |

Anmeldefrist 15. Oktober 2015

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und per Post dem Prüfungsausschuss des Bayerischen Instituts zur Kommunikationsförderung für Menschen mit Hörbehinderung zusenden.