



Verwaltungsschule Offenburg
Hauptstr. 54
77652 Offenburg
Tel: 0781/92 66 117
Mobil: 0170/89 99 814
E-Mail: schulleitung@verwaltungsschule-offenburg.de
Homepage: www.verwaltungsschule-offenburg.de

**Antrag auf Zulassung zur Fortbildungsprüfung zum / zur Verwaltungsfachwirt/in
(Zweite Prüfung nach der Entgeltordnung)**

1) Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Fortbildungsprüfung 2026/2027

Teil I ☐
Teil II ☐

☐ Nachteilsausgleich wird beantragt

Anlage: Aktuelles ärztliches Attest mit Begründung der Notwendigkeit eines Nachteilsausgleichs sowie detaillierten Vorschlägen zur Art und Umfang des Nachteilsausgleichs (Die Unterlagen müssen dem Regierungspräsidium grundsätzlich mit diesem Zulassungsantrag vorliegen.)

Name _____ Vorname _____

geboren am _____ in _____

vollständige Anschrift _____

Tel.Nr.: _____

Private E-Mailadresse _____

Arbeitsstätte _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

- 2) ☐ Ich habe bereits an der Fortbildungsprüfung „Berufs- und arbeitspädagogische Qualifikationen“ erfolgreich teilgenommen (Beglaubigte Kopie des Zeugnisses ist beifügt).
- ☐ Ich möchte an den Unterrichtseinheiten und der Fortbildungsprüfung „Vermittlung der Ausbildereignung nach AEVO“ im Rahmen des Lehrgangs Teil II zum/zur Verwaltungsfachwirt/in teilnehmen.
- ☐ Ich möchte an den Unterrichtseinheiten und der Fortbildungsprüfung „Vermittlung der Ausbildereignung nach AEVO“ im Rahmen des Lehrgangs Teil II zum/zur Verwaltungsfachwirt/in **nicht** teilnehmen.

3) Als Anlagen füge ich dieser Anmeldung bei:

- ☐ Tabellarischen Lebenslauf
- und**
- ☐ Zeugnis „Verwaltungsfachangestellte(r)“
- ☐ Zeugnis der Angestellten I – Prüfung
- ☐ Zeugnis der Ersten Prüfung nach der Entgeltordnung
- ☐ Zeugnis der Staatsprüfung für den mittleren Verwaltungsdienst
- ☐ Zeugnis der Staatsprüfung für den mittleren Dienst der allgemeinen Finanzverwaltung
- ☐ Bescheinigung über eine mindestens dreijährige einschlägige Berufspraxis
- *lt. beigefügtem Vordruck* -
- oder**
- ☐ Bescheinigung über eine mindestens sechsjährige Berufspraxis in den o. g. oder vergleichbaren Tätigkeiten - *lt. beigefügtem Vordruck* -

Bitte beachten Sie: Die Bescheinigungen über die Berufspraxis müssen von der personalverwaltenden Stelle (in der Regel dem Personalamt) bestätigt werden.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bescheinigung über die einschlägige Berufspraxis

1. Antragssteller/-in

Zuname, Vorname	Geburtsdatum
Arbeitsstätte, Amt bzw. Eigenbetrieb, Abteilung, Funktion, Entgeltgruppe	Telefon/Nebenstelle

2. Ausgeübte Tätigkeiten

Tätigkeiten im Einzelnen (oder Vorlage eines aktuellen Dienstzeugnisses bzw. einer Stellenbeschreibung)	Zeitraum von - bis	Beschäfti- gungsumfang (%-Angaben)

3. Für die Tätigkeiten ist die Anwendung folgender Rechts- und Verwaltungsvorschriften erforderlich:

4. Bestätigung der personalverwaltenden Stelle

Die Bescheinigungen über die Berufspraxis müssen von der personalverwaltenden Stelle (in der Regel dem Personalamt) bestätigt werden.

Die aufgeführten Tätigkeiten wurden in den genannten Zeiträumen und im angegebenen Beschäftigungsumfang ausgeübt.

Personalverwaltende Stelle

Datum, Unterschrift