

Das Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit Sitz in Vennbahnstraße 4/2, B-4780 St. Vith, verarbeitet die im vorliegenden Formular aufgeführten, Sie betreffenden personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutzverordnung vom 27. April 2016 mit folgender Zweckbestimmung: Im Hinblick auf die Zulassung zu einer Berufsausbildung, den Abschluss eines Berufsausbildungsvertrags und die Gewährung einer Freistellung.

VERLÄNGERUNG Berufsausbildungsantrag – TEIL I

Der Antragsteller muss vorab ALLE Bedingungen erfüllen:

- beim Arbeitsamt als Arbeitsuchender eingetragen sein
- seinen Wohnsitz in der Deutschsprachigen Gemeinschaft haben
- nicht mehr schulpflichtig sein
- das Pensionsalter nicht erreicht haben
- nicht Vollzeit beschäftigt sein
- nicht freiwillig in Teilzeitbeschäftigung sein

Wenn Sie diese Bedingungen nicht erfüllen, kann Ihr Antrag nicht berücksichtigt werden.

Alle Informationen finden Sie unter:

http://www.adg.be/Zulassung_zur_Berufsausbildung

Ziel des Antrages:

Auf Basis dieses Antrages wird überprüft ob Sie Anrecht auf die Verlängerung Ihres Berufsausbildungsvertrages und Ihrer Freistellung haben.

Durch den Antragsteller auszufüllen

Bitte fügen Sie dem Antrag Ihre Zusage oder Teilnahmebestätigung bei!

I. PERSÖNLICHE ANGABEN

I.1. Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / ___

INSS (Die Nationalregisternummer finden Sie auf der Rückseite Ihres Personalausweises): _____

Tel.: _____ E-Mail-Adresse: _____

I.2. Sind Sie beschäftigt? ja nein (gehen Sie zu Punkt II)

Teilzeit Vollzeit?

Im Rahmen eines Arbeitsvertrags? ja nein

Im Rahmen eines anderen Vertrags? ja nein Welcher Vertrag? _____

Sind Sie freiwillig Teilzeitarbeitnehmer? ja nein

Betrieb: _____

Anschrift: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

II. WEITERE ANGABEN

Während der Teilnahme an dem Europäischen Programm beziehe ich nachfolgenden finanziellen Vorteil:

_____ EUR pro Stunde Tag Woche Monat Jahr

Ich beziehe keinen finanziellen Vorteil.

Wenn Sie lediglich eine Vergütung zur Rückerstattung Ihrer Unkosten erhalten (Material, Fahrtkosten, ...), kreuzen Sie das Kästchen "ich beziehe keinen finanziellen Vorteil" an.

Teilen Sie uns bitte jegliche Änderung Ihrer beruflichen und persönlichen Situation so schnell wie möglich mit. Formulare, die nicht vollständig ausgefüllt bzw. nicht unterzeichnet wurden, werden zurück geschickt.

Datum: ____ / ____ / 20____

Hiermit versichere ich auf Ehre und Gewissen die Richtigkeit obiger Angaben.

Ich habe diesem Antrag meine Zusage oder Teilnahmebestätigung beigefügt.

ja nein

Gelesen und genehmigt (bitte handschriftlich einfügen)



Ihre Daten werden in EDV-Dateien gespeichert.

Unterschrift des Antragstellers:

Nationalregisternummer: _____

VERLÄNGERUNG

Berufsausbildungsantrag – TEIL II

Europäisches Programm

Erlass der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 13.12.2018 Artikel 34

Achtung: Der Antragsteller trägt anfallende Kosten selbst!

Durch das Jugendbüro der DG VoG auszufüllen

I. Angaben zum(r) Teilnehmer (in)

Name und Vorname: _____

wird für die Zeit vom ___ / ___ / _____ bis zum ___ / ___ / _____ an einem Europäischen Programm teilnehmen.

II. Angaben zum Europäischen Programm

Bezeichnung: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner/in: _____

Tel / E-Mail: _____

Die gesamte Dauer des Programms beträgt (z.B. Anzahl Stunden, Monate, Module,...):

Datum: ___ / ___ / 20___

Ihre Angaben werden in EDV-Dateien gespeichert.

Unterschrift des Bildungsträgers mit Stempel