

**Antrag auf Teilzeitberufsausbildung (Verkürzung der täglichen Ausbildungszeit)**

**Wir beantragen**, die tägliche Ausbildungszeit zwischen dem/der nachfolgend genannten Auszubildenden und Ausbildenden gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 BBiG zu verkürzen (Teilzeitberufsausbildung).

Ausbildungsberuf: .....

Eintragungs-Nr.: .....  
(siehe Ausbildungsvertrag)

**Angaben zur / zum Auszubildenden**

Name: ..... Vorname(n): .....

aktuelle Anschrift: .....

**Angaben zum Ausbildungsbetrieb / zur Ausbildungsbehörde**

Name / Bezeichnung der Behörde / des Betriebes: .....

verantwortliche Ausbildungsleitung (Name, Vorname): .....

Die Kontaktdaten der Ausbildungsleitung (Stellenzeichen/Telefon/E-Mail):

sind bekannt **bzw.** es gab folgende Änderung(en): .....

**Verkürzungsgrund:** .....

**Das berechtigte Interesse wurde durch Vorlage geeigneter Belege gegenüber dem/der Ausbildenden nachgewiesen.**

Die Verkürzung der täglichen Ausbildungszeit auf ..... Stunden gilt für den Zeitraum vom ..... bis.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ausbildungsbetriebes /  
der Ausbildungsbehörde

**Hinweise:**

- Der **gemeinsame Antrag auf Verkürzung der täglichen Ausbildungszeit** muss von der/dem Auszubildenden und dem Ausbildungsbetrieb/der Ausbildungsbehörde sowie bei Minderjährigen zusätzlich von den gesetzlichen Vertretern (Anlage auf der Rückseite) unterschrieben werden.
- Die Erwartung, dass das Ausbildungsziel auch in der gekürzten Zeit erreicht wird, muss grundsätzlich auch bei der Verkürzung der täglichen Ausbildungszeit erfüllt sein. Im Einzelfall kann eine verkürzte tägliche Ausbildungszeit mit einer Verlängerung der kalendarischen Ausbildungsdauer verbunden werden (§ 8 Abs. 2 BBiG), wenn die Verlängerung erforderlich ist, um das Ausbildungsziel zu erreichen. Nutzen Sie hierfür bitte das entsprechende Formular.
- Als Richtschnur soll eine wöchentliche Mindestausbildungszeit von 25 Stunden nicht unterschritten werden. (Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstitut für Berufsbildung, Nr. 129)
- Den Antrag senden Sie bitte an die **Verwaltungsakademie Berlin - Zuständige Stelle nach dem BBiG - Turmstraße 86, 10559 Berlin**. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung: Tel.: 030 / 90229-8046 oder -8049, E-Mail: [Zustaendige.Stelle@vak.berlin.de](mailto:Zustaendige.Stelle@vak.berlin.de)

Von der zuständigen Stelle (VAK) auszufüllen:	
<input type="checkbox"/>	Dem Antrag wird entsprochen.
<input type="checkbox"/>	Der Antrag wird abgelehnt, weil:

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Siegel)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zuständige Stelle

## **Anlage**

Bitte nur ausfüllen, falls die/der Auszubildende bei der Antragstellung noch nicht volljährig ist!

### **Stellungnahme der/des gesetzlichen Vertreter/s**

Mit der Verkürzung sind wir / bin ich

einverstanden **bzw.**

nicht einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift gesetzliche Vertreterin

---

Unterschrift gesetzlicher Vertreter