**Formular Dispensationsgesuch**  **ÜK FaGe** **ÜK AGS  ÜK MPT**

**Dieser Abschnitt wird durch die Lernenden ausgefüllt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name der/des Lernenden: |  | Ausbildungsbetrieb: |  |
| Vorname der/des Lernenden: |  | Name der/des Bildungsverantwortlichen: |  |
| FaGe-, AGS- oder MPT-Lehrgang: |  | Vorname der/des Bildungsverantwortlichen: |  |
| ÜK-Gruppe: |  |  |  |

|  |
| --- |
| Für welchen ÜK-Tag möchten Sie sich dispensieren lassen? (Datum) |
| Grund für die Dispensation: |
| Wie arbeiten Sie den versäumten Kursinhalt auf? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lernende, Lernender** | **Erziehungsberechtigte Person** | **Bildungsverantwortliche, Bildungsverantwortlicher des Ausbildungsbetriebs** |
| Datum:  Unterschrift:  ………………………………………………….. | Datum:  Unterschrift:  …………………………………………........ | Datum:  Stempel + Unterschrift:  ………………………………………………… |

Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an folgende Adresse:

**OdA Gesundheit Zürich, Maneggstr. 37, 8041 Zürich,** [**empfang@oda-g-zh.ch**](mailto:empfang@oda-g-zh.ch).

Bei Fragen steht Ihnen die Kursadministration unter 044/ 576 86 00 gerne zur Verfügung.

**Dieser Abschnitt wird durch die OdA Gesundheit Zürich ausgefüllt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Gesuch bei der OdA G ZH eingegangen am: siehe Eingangsstempel | |
| Gesuch gutgeheissen | Gesuch abgelehnt |
| Begründung: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name, Vorname | Ort, Datum | Unterschrift |
| Leitung ÜK  OdA Gesundheit Zürich |  | Zürich, |  |