**Formular Verschiebungsgesuch ❒ ÜK AGS ❒ ÜK FaGe ❒ 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: |       |  |  |
| Bildungszentrum:(ZAG/Careum/BFS) |       |  |  |
| Schultage am Bildungszentrum: Bitte Wochentage angeben (Mo, Di, Mi, Do, Fr) |  |

|  |
| --- |
| Welchen ÜK-Tag/welche ÜK-Tage möchten Sie verschieben? (Datum)      |
| Grund für die Verschiebung:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**.

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 [ ]  |
| ÜK-Tage verschoben auf folgende Daten:      |
| Begründung:      |

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