**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**.

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 ÜKOdA Gesundheit Zürich |       |  Zürich,     |  |