

**ZAG**

Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen

Dispensationsgesuch Dentalassistentin / Dentalassistent

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular spätestens 14 Tage vor dem Termin an:
ZAG, Programmleitung DA, Turbinenstrasse 5, 8400 Winterthur

Name/Vorname _____ DA-Klasse _____
Strasse, PLZ, Ort _____
Lehrbetrieb _____

Gesuch um Dispensation am: _____ von: _____ Uhr _____ Uhr
bis: _____
Gesuch um Dispensation am: _____ von: _____ Uhr _____ Uhr
bis: _____
Gesuch um Dispensation am: _____ von: _____ Uhr _____ Uhr
bis: _____

Von der Dispensation betroffen ist auch:
Stützunterricht ja / nein

Begründung _____

Die/der Lernende ist verpflichtet, den versäumten Unterrichtsstoff nachzuarbeiten.

Datum _____ Unterschrift Lernende/r _____
Datum _____ Bei Minderjährigen _____
Unterschrift gesetzliche Vertretung _____
Datum _____ Stempel/Unterschrift Lehrbetrieb _____

Entscheid Programmleitung DA	
Das Gesuch wird	<input type="checkbox"/> bewilligt <input type="checkbox"/> abgelehnt
Begründung	_____ _____
Datum	Unterschrift

Original
Kopie an

Ablage Dossier Lernende/r
Lernende/r, Lehrbetrieb, Klassenverantwortliche, Fachlehrpersonen