|  |  |
| --- | --- |
| **KN-Nr.** | **Einrichtung** |

**MAbE § 45**

**wird vom Kunden ausgefüllt**

**Wird von pCC FKS ausgefüllt:**

**Voraussetzungen lt. AZAV sind weiterhin gegeben.**

Ja

Nein, Rücksprache mit dem Träger erforderlich

     

Ort, Datum Unterschrift Leiter FKS

**wird von pCC FKS ausgefüllt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Allgemeine Änderung an zugelassenen Maßnahmen **!!! keine Zusendung der Meldedatei erforderlich !!!** | | | |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV /MAbE       /    E Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Veränderungen an **wesentlichen Lehrgangs-/Ausbildungsinhalten** (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | Veränderungen werden umgesetzt | | |
|  | **ab Datum** | **für Neuanmeldungen** | **für alle Teilnehmer** |
| **Konzept und Ausbildungsplan muss beigefügt sein** | | | |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV /MAbE       /    E Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Veränderungen an **Zugangsvoraussetzungen** (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | Veränderungen werden umgesetzt | | |
|  | **ab Datum** | **für Neuanmeldungen** | **für alle Teilnehmer** |
| **WERBEMATERIal und erläuterung muss beigefügt sein** | | | |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV /MAbE       /    E Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Veränderungen an der **methodischen Durchführung oder/und Konzeption** (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | Veränderungen werden umgesetzt | | |
|  | **ab Datum** |  |  |
| **neues konzept oder lehrplan muss beigefügt sein** | | | |
| AZ Zulassungsdatum / Einreichung | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV TM/       /    E Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Veränderungen zu **Lehrpersonal** (ohne fachliche Prüfung) | | |
|  | Veränderungen werden umgesetzt | | |
|  | **ab Datum** |  |  |
| **nachweis der qualifikation der neuen lehrkräfte muss beigefügt sein** | | | |
| Spezielle Änderung an zugelassenen Maßnahmen **für alle DIESE Änderungen:**  **Meldedatei mit geänderten Maßnahmen Als Anlage**  ***Änderung*** bei ***Meldegrund*** für zu korrigierende Maßnahmen auswählen | | | |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV/MAbE       Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Änderung an **Gesamtdauer in Wochen** (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | **ab Datum** | **für Neuanmeldungen** | **für alle Teilnehmer** |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV/ MAbE       Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Änderung an **Unterrichtseinheiten** (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV /MAbE       Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Änderung Maßnahmeanteile bei einem Arbeitgeber (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | | | |
| Identifizierung der Maßnahme: **Zulassung** **pCC/     /AZAV / MAbE       Maßnahmennummern aus Meldedatei:** | | | |
|  | Änderung an **Kosten/TN/UE (Kalkulation muss beigefügt sein)** (mit fachlicher Prüfung) | | |
|  | **ab Datum** | **für Neuanmeldungen** | **für alle Teilnehmer** |