

Ausbildungsbetrieb (bei Sozietäten die benutzte Kurzbezeichnung)

\_\_\_\_\_ PLZ

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Bei Rückfragen wenden an: \_\_\_\_\_

Rechtsanwaltskammer Berlin  
Littenstraße 9  
10179 Berlin

Zur Eintragung in das Verzeichnis melde(n) ich/wir an:

**I. Berufsausbildungsverhältnis**

a) Art

Rechtsanwaltsfachangestellte(r)   
Rechtsanwalts- und Notarfachangestellte(r)

b) Dauer: Regeldauer drei Jahre

Beginn der Ausbildung \_\_\_\_\_  
Ende der Ausbildung \_\_\_\_\_

Bei Ausbild.-Wechsel:  
Wechsel ab: \_\_\_\_\_

c) Schulabschluss

Hauptschulabschluss (einschl. erw. Hauptschulabschl.)   
Realschul- oder gleichwertiger Abschluss   
Abitur bzw. Fachabitur

**II. Auszubildende(r)**

a) Name: \_\_\_\_\_ Adelsprä.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: deutsch  \_\_\_\_\_ sonstige: \_\_\_\_\_

b) Anschrift  
PLZ

..... Berlin / \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

c) Gesetzlicher Vertreter

Eltern  Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Vater  PLZ  
Mutter  ..... Berlin / \_\_\_\_\_  
Vormund

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

d) Im Ausbildungsberuf anzurechnende Berufsausbildungszeiten

von – bis

bei RA/in

\_\_\_\_\_

### III. Ausbildungsstätte

a) Art der Kanzlei

Sozietät

Einzelpraxis

Name sämtlicher Sozien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) verantwortlicher Ausbilder: RA/in

\_\_\_\_\_

c) Zahl der Beschäftigten

zum Zeitpunkt der Antragstellung ohne den anzumeldenden Auszubildenden

Praxisinhaber

Angestellte Volljuristen

Angestellte sonstige  
juristische Mitarbeiter

**Gepr.**  Reno-Fachangestellte

Sonstige Bürokräfte mit mind. 8jähriger Berufstätigkeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auszubildende im 1. Jahr

Auszubildende im 2. Jahr

Auszubildende im 3. Jahr

Ich/Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht wurden.

Mir/Uns ist bekannt, dass die hier gemachten Angaben in automatisierten Dateien gespeichert werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Rechtsanwaltskammer.

Berlin, am

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift RA/in)

#### Wird von der Rechtsanwaltskammer ausgefüllt:

Reg.-Datum \_\_\_\_\_

Z-Prüf. \_\_\_\_\_

.Ärztl. Besch. \_\_\_\_\_

Kenn-Nr. \_\_\_\_\_

A-Prüf. \_\_\_\_\_

.Arbeiterl. \_\_\_\_\_