

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ / Ort _____
Tel. G: _____
E-Mail: _____

Schweizerischer Verband der
Sozialversicherung- Fachleute SVS
Zentralsekretariat
untere Stadelstr. 15
3653 Oberhofen

Prüfungs-Zulassungsabklärung „Berufsprüfung für Sozialversicherungs-Fachleute“

Gewünschtes Prüfungsjahr: _____

Ausbildung (Lehrabschluss, Schulen, Kurse und Diplome):*

von: _____ bis
(genaue Daten angeben)

Institut/Schule:

Praktische Tätigkeit (allenfalls Zusatzblatt verwenden):*

von: _____ bis
(genaue Daten angeben)

Arbeitgeber:

* Bitte Kopien der massgebenden Diplome, Atteste, Zeugnisse sowie eine Arbeitsbestätigung des jetzigen Arbeitgebers beilegen.

Bemerkungen

Datum: _____ Unterschrift: _____