

## Amt für Berufsbildung

Kollegiumstrasse 28  
Postfach 2193  
6431 Schwyz  
Telefon 041 819 19 25  
E-Mail [afb@sz.ch](mailto:afb@sz.ch)



### Interesse an der Ausbildung von Lernenden

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihr Interesse Lernende auszubilden danken wir bestens.

Mit beiliegendem Formular können Sie die Bildungsbewilligung beantragen. Wir ersuchen Sie vorerst jedoch, die Verordnung über die berufliche Grundbildung des entsprechenden Berufes zu studieren ([www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/grundbildungen](http://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/grundbildungen)).

Sofern nach Ihrer Ansicht die Anforderung gemäss Bildungsverordnung Abschnitt 6 Art. 11 bis 14 (je nach Beruf) erfüllt sind und eine reglementarische Ausbildung in Ihrem Betrieb möglich ist, stellen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen mit den verlangten Unterlagen zu.

Nach Erhalt Ihrer Angaben werden wir das Gesuch weiterbearbeiten. Für die notwendigen Abklärungen ziehen wir eine Fachfrau oder einen Fachmann bei, mit der/dem wir zusammen die betrieblichen Voraussetzungen ohne Kostenfolge überprüfen werden.

Bei allfälligen Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte an die zuständige Ausbildungsberaterin/ den zuständigen Ausbildungsberater ([www.sz.ch/berufsbildung](http://www.sz.ch/berufsbildung) -> Unser Team -> Grundbildung).

Für eine telefonische Beratung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**Amt für Berufsbildung**  
**Abteilung Grundbildung**

# Antrag für die Bewilligung zur Ausbildung von Lernenden im Kanton Schwyz

(Alle männlichen Bezeichnungen beziehen sich auch auf Frauen)

## 1. Angaben zum Lehrbetrieb

1.1 **Ausbildungsberuf:**

Fachrichtung / Branche:

## 1.2 **Anschrift**

Firma:

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel.-Nr.:

Natel-Nr.:

E-Mail:

Webseite:

## 1.3 **Allgemeine Angaben zum Betrieb**

Gründungsjahr:

Anzahl beschäftigte Personen:

Anzahl beschäftigte Personen mit  
Fähigkeitszeugnis im Ausbildungsberuf:

BUR - Nummer:

## 2. Verantwortlicher Berufsbildner (Gemäss BIVo Abs 6.)

Name:

Adresse:

PLZ / Ort:

E-Mail:

Vorname:

Tel.-Nr.:

Natel-Nr.:

Arbeitspensum:

in %

Fähigkeitszeugnis: Ja  Nein

Beruf:

Ausstellungsdatum:

Fachausweis: Ja  Nein

Titel:

Ausstellungsdatum:

Höhere Fachprüfung: Ja  Nein

Titel:

Ausstellungsdatum:

Weitere Ausbildung: Ja  Nein

Titel:

Ausstellungsdatum:

Kurs für Berufsbildner: Ja  Nein

Kursorganisator:

Ausstellungsdatum:

Hat der Berufsbildner bereits Lernende in eigener Verantwortung ausgebildet? Ja  Nein

Beruf:

Kanton:

Jahr:

## 2.1 Weitere Mitarbeiter mit Fähigkeitszeugnis im Ausbildungsberuf

Name	Vorname	Ausstellungsdatum EFZ	Arbeitspensum in %

