



Tel. Direktwahl 052 632 78 06  
Tel. Sekretariat 052 632 72 56  
Fax 052 632 77 79  
E-Mail miriam.balloi@ktsh.ch

## Mutationsformular für bestehende Lehrbetriebe

Lehrberuf (Fachrichtung/Branche): \_\_\_\_\_

---

### Angaben über den Ausbildungsbetrieb

Name der Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Betriebsleitung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Verantwortliche/-r Berufsbildner/-in im genannten Beruf

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Sozialvers.-Nr (AHV-Nr.): 756. \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Gelernter Beruf: \_\_\_\_\_ In diesem Betrieb seit: \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausweiskopie beilegen)

Berufliche Weiterbildung: \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausweiskopie beilegen)

Beschäftigungsumfang (Stellenprozente): \_\_\_\_\_ %

Haben Sie den Berufsbildnerkurs absolviert? Ja  Nein   
(Bitte Ausweiskopie beilegen)

---

### Anzahl Gelernte diese Berufes

Wie viele gelernte Personen des genannten Berufes beschäftigen Sie in Ihrem Betrieb? \_\_\_\_\_

Summe der Stellenprozente der Anzahl Gelernten: \_\_\_\_\_

---