



**Technische Berufsschule Zürich TBZ**

**Höhere Fachschule**

Sihlquai 101  
Postfach  
8090 Zürich  
Telefon 044 446 95 11  
Fax 044 446 95 00  
admin.hf@tbz.zh.ch  
www.tbz.ch

# Anmeldung an den Lehrgang Werkstattkoordinator/in mit Zertifikat AGVS oder VSCI

Unterricht gewünscht am: (Zutreffendes bitte ankreuzen!) <input type="checkbox"/> Montag, ganztags <input type="checkbox"/> Dienstag- & Donnerstagabend <input type="checkbox"/> beide Varianten möglich ..... <input type="checkbox"/> Zertifikat AGVS <input type="checkbox"/> Zertifikat VSCI
---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon P: \_\_\_\_\_ Telefon G: \_\_\_\_\_  
Mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ SV-Nr. (AHV-Nr.): \_\_\_\_\_  
Erstsprache: \_\_\_\_\_ Heimatort: \_\_\_\_\_

*Bitte beachten Sie: Die obigen Angaben sind seitens Bund vorgegebenen (für statistischen Erhebungen) oder werden für den Kontakt mit Ihnen benötigt. Entsprechend bitten wir Sie, diese vollständig anzugeben. Danke.*

### Aus- und Weiterbildung:

Berufslehre als \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Lehrbetrieb/Ort \_\_\_\_\_

### Berufliche Erfahrungen:

Firmenname/Ort	Position/Aufgabenbereich	von	bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Gegenwärtige Tätigkeit:

Arbeitgeber/Firma/Ort	Position/Aufgabenbereich	seit
_____	_____	_____

### Rechnungsadresse (falls nicht an Teilnehmer persönlich)

Firmenname/Kontaktperson \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_



Die Anmeldungen werden nach Eingangsdatum berücksichtigt.

*Abmeldung: Eine allfällige Abmeldung hat schriftlich an das Sekretariat der TBZ Höheren Fachschule zu erfolgen. Bei einer Abmeldung vor Kursbeginn verrechnen wir eine Bearbeitungsgebühr von CHF 50. Bei einer Abmeldung nach Kursbeginn werden die gesamten Kosten des laufenden Semesters verrechnet. Eine Rückerstattung bereits bezahlter Kurskosten ist nicht mehr möglich. Über Ausnahmen entscheidet die Schulleitung.*

Bemerkungen:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Erforderliche Beilage zur Anmeldung:

Kopie Ihres Fähigkeitszeugnisses

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung mit der erforderlichen Beilage an:

Technische Berufsschule Zürich, Höhere Fachschule, Sihlquai 101, CH-8090 Zürich