1. **Angaben zum Antragsteller**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede: | Titel: |
| Vorname: | Name: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: |

**Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Prüfung gemäß SCC-Regelwerk für:**

operative Führungskräfte (SCC-Dokument 017)

operativ tätige Mitarbeiter (SCC-Dokument 018)

**Eingangsvoraussetzungen zur Teilnahme an der SGU-Prüfung wie folgt erfüllt**

***(Nachweise erforderlich - Bitte beilegen!)*:**

**A -** Abgeschlossene Berufsausbildung gemäß Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw.

gleichwertige oder höherwertige Ausbildung

**B -** Abgeschlossene Berufsausbildung im Ausland zzgl. Bestätigung des Arbeitgebers über

mind. 1-jährige Berufserfahrung in Deutschland

**C -** Keine Ausbildung - Bestätigung des Arbeitgebers über mind. 3-jährige Berufserfahrung

in Deutschland in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf

**D -** Gültige SGU-Ausbildung einschließlich Prüfung gem. Dok. 016

**E -** Gültige SGU-Prüfung gem. Dok. 017 bzw. 018

**F -** Ersatzweise Teilnahme an im Regelfall 3-tägiger Schulung (24 U-Std.)

Ich erkenne die Zertifizierungsregeln (Prüfungsordnung SCC der Cert-IT GmbH (Download: www.cert-it.com)) an. Ich erkläre mich einverstanden, in das zur Veröffentlichung für berechtigte Personen bestimmte Verzeichnis der Zertifizierungsstelle Cert-IT aufgenommen zu werden. Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass vorstehende Daten unter Beachtung der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) mittels EDV verarbeitet und gespeichert werden. Wenn ich von meinem Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO Gebrauch mache, erlischt auch die Gültigkeit des Zertifikats. Ich verpflichte mich, keine vertraulichen Prüfungsmaterialien weiterzugeben und auch nicht an Betrugsversuchen teilzunehmen. Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der in diesem Antrag von mir getätigten Angaben und bin auf Verlangen bereit, diese zu belegen.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

**Bewertung durch die Geschäftsstelle**

|  |
| --- |
| **1. Prüfung der eingereichten Unterlagen** |
| Datum: |
| Vollständigkeit der Unterlagen  vollständig  unvollständig |
| Folgende Unterlagen sind nachzureichen: |

2. Abschließende Bewertung

Antragsteller wird zur Prüfung zugelassen

Antragsteller wird zur nicht Prüfung zugelassen

Ort, Datum Unterschrift Geschäftsstelle