

Erfassungsbogen für freigebende Personen

(Bitte vollständig und lesbar ausfüllen!)

Die Unterlagen der freigebenden Person sind bis spätestens 6 Wochen vor der Schulung einzureichen.

Unvollständig ausgefüllte Anträge können nicht bearbeitet werden.

- Erstzulassung** **Wiederzulassung**
 Erweiterung der Zulassung

A. Antragsteller

Name der Zertifizierungsstelle: _____

**Name des verantwortlichen
Ansprechpartners:** _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

B. Freigebende Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Persönliche E-Mail
freigebende Person:** _____

**Berufsabschluss (Nach-
weis erforderlich):** _____

Zulassungsbereich	Zulassung wird beantragt für
-------------------	------------------------------

Landwirtschaft Schwein	<input type="checkbox"/>
Landwirtschaft Geflügel	<input type="checkbox"/>
Landwirtschaft Rind	<input type="checkbox"/>
Fleischwirtschaft	<input type="checkbox"/>

Anlagen:

	Ja	Nein	Bemerkungen	Wird nachgereicht bis:
Nachweis einer Berufsausbildung (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
aussagekräftiger Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Liste qualifizierter (Begleit-)Audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Liste qualifizierter freigegebener Audits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ggf. Sachkundenachweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Nachweis der internen Schulung durch die Zertifizierungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Durchgeführt am: _____
Datenschutz - Einwilligungserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Anmeldung zur Schulung durch die Trägergesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Datum Schulung: _____

Sonstiges/Bemerkungen: _____

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben im Antrag und den Anlagen.

Datum: _____

Unterschrift des verantwortlichen _____

Ansprechpartners der Zertifizierungsstelle: _____

Liste qualifizierter freigegebener Audits

Name, Vorname:

Gemeldete Zertifizierungsstelle:

Nr.	Datum	Branche/Stufe	Firma	Scope/Standard	Für QS-Audits: Standortnummer und Produktionsart	Datum der Freigabe
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Datum: _____ Unterschrift des verantwortlichen Ansprechpartners der Zertifizierungsstelle _____