

# Zulassungsantrag

## für die Prüfung zum Gebärdensprachdozenten

Gebärdensprachdozenten-Prüfungsordnung – GDozPO  
vom 17. Oktober 2006, geändert am 31. Juli 2008

**Ich möchte mich für die Prüfung anmelden.**

Vor- und Nachname:	
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Land:	
Bundesland:	
Fax:	
E-Mail:	
Zulassungsvoraussetzungen laut § 6 GDozPO:	<input type="radio"/> Ich habe an der Ausbildung zum GSDoz am GIB teilgenommen <b>oder</b> <input type="radio"/> Ich absolvierte eine gleichwertige Ausbildung an einem anderen Institut <b>oder</b> <input type="radio"/> Ich habe eine mindestens fünfjährige Berufspraxis als Gebärdensprachdozent <b>und</b>
Bitte Zutreffendes ankreuzen!	<input type="radio"/> Ich bin nicht nach § 21 von der Wiederholung der Prüfung ausgeschlossen <b>und</b> <input type="radio"/> Die Prüfungsgebühr (§ 22 GDozPO) wurde von mir entrichtet
Datum, Unterschrift:	

**Anmeldefrist: 23. Januar 2024**

Bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen und **per Post** dem Prüfungsausschuss am GIB - Bayerisches Institut zur Kommunikationsförderung für Menschen mit Hörbehinderung zusenden.