

ANTRAG

auf **Ausübungsberechtigung** (AÜB) zur Eintragung in die Handwerksrolle für das selbständige Ausüben eines Handwerks nach **§ 7b Handwerksordnung** in der Fassung vom 24.09.1998 (BGBl. I S. 3074), zuletzt geändert am 24.12.2003 (BGBl. I. S. 2934)

Antragsgegenstand

Bezeichnung des zulassungspflichtigen Handwerks bzw. der beabsichtigten Tätigkeit	Ort der gewerblichen Niederlassung
<hr/>	<hr/>

Antragsteller (nur natürliche Person)

Name	Geburtsname	Vorname
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Geburtsdatum, Ort, Kreis	Staatsangehörigkeit	
<hr/>	<hr/>	
Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet		
<hr/>		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		
<hr/>		
Telefon (mit Vorwahl)	Fax	E-Mail
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Angaben zum persönlichen und beruflichen Werdegang

1	Erlerner Beruf	Dauer der Lehrzeit (von/bis)	
	<hr/>	<hr/>	
	Gesellenprüfung – Handwerk	Datum	Handwerkskammerbezirk
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	Meisterprüfung – Handwerk	Datum	Handwerkskammerbezirk
	<hr/>	<hr/>	<hr/>

2	<p>Sonstige Berufsausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> Fachhochschule <input type="checkbox"/> Technikerschule</p> <p><input type="checkbox"/> Industriemeisterprüfung <input type="checkbox"/> Facharbeiterprüfung <input type="checkbox"/> andere Berufsausbildung (genaue Angaben)</p>																											
3	<p>Ich habe bereits einmal eine Ausnahmegewilligung oder Ausübungsberechtigung zur Eintragung in die Handwerksrolle beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" data-bbox="395 450 1436 551"> <tr> <td>Antragsdatum</td> <td>Behörde</td> <td>Entscheidung</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Antragsdatum	Behörde	Entscheidung	_____	_____	_____																					
Antragsdatum	Behörde	Entscheidung																										
_____	_____	_____																										
4	<p>Ich habe in dem beantragten Handwerk bereits einmal an einer Meisterprüfung teilgenommen.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" data-bbox="395 607 1436 707"> <tr> <td>Datum</td> <td>Ergebnis</td> <td>Prüfungsausschuss</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Datum	Ergebnis	Prüfungsausschuss	_____	_____	_____																					
Datum	Ergebnis	Prüfungsausschuss																										
_____	_____	_____																										
5	<p>Mir wurde Ausbildungsbefugnis erteilt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" data-bbox="395 763 1436 864"> <tr> <td>Datum</td> <td>Behörde</td> <td>Handwerk</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Datum	Behörde	Handwerk	_____	_____	_____																					
Datum	Behörde	Handwerk																										
_____	_____	_____																										
6	<p>Frühere Eintragungen in die Handwerksrolle und/oder in das Verzeichnis der zulassungsfreien Handwerke/ handwerksähnlichen Gewerbe/</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" data-bbox="395 954 1436 1055"> <tr> <td>Datum (von/bis)</td> <td>Handwerk od. handwerksähnl. Gewerbe</td> <td>Handwerkskammer</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Datum (von/bis)	Handwerk od. handwerksähnl. Gewerbe	Handwerkskammer	_____	_____	_____																					
Datum (von/bis)	Handwerk od. handwerksähnl. Gewerbe	Handwerkskammer																										
_____	_____	_____																										
7	<p>Angaben zum Betrieb (Umfang und Art der Tätigkeit u. a.)</p> <hr/> <p>Es handelt sich um</p> <p><input type="checkbox"/> die Neugründung eines Betriebes</p> <p><input type="checkbox"/> die Übernahme des Betriebes von _____</p> <p><input type="checkbox"/> den Eintritt als Teilhaber in den Betrieb von _____</p> <p><input type="checkbox"/> den Eintritt als technischer Betriebsleiter bei _____</p>																											
8	<p>Bisher ausgeübte berufliche Tätigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> nichtselbständig</p> <table border="1" data-bbox="220 1570 1436 2060"> <thead> <tr> <th>Datum (von/bis)</th> <th>Arbeitgeber</th> <th>Funktion (Geselle, Vorarbeiter, Werkmeister)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Datum (von/bis)	Arbeitgeber	Funktion (Geselle, Vorarbeiter, Werkmeister)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Datum (von/bis)	Arbeitgeber	Funktion (Geselle, Vorarbeiter, Werkmeister)																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										

	<input type="checkbox"/> selbständig <table border="1" data-bbox="225 215 1433 689"> <thead> <tr> <th data-bbox="225 215 627 309">Datum (von/bis)</th> <th data-bbox="627 215 1046 309">Ort</th> <th data-bbox="1046 215 1433 309">Art</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="225 309 627 689"></td> <td data-bbox="627 309 1046 689"></td> <td data-bbox="1046 309 1433 689"></td> </tr> </tbody> </table>			Datum (von/bis)	Ort	Art			
Datum (von/bis)	Ort	Art							
9	<p>Kenntnisprüfung (Ich übernehme die Kosten der Sachkundeprüfung)</p> <p>Ich bin bereit, die zur selbstständigen Handwerksausübung notwendigen betriebswirtschaftlichen, kaufmännischen und rechtlichen Kenntnisse (§ 7b Abs. 1a HwO) im Rahmen einer Kenntnisprüfung nachzuweisen, falls dies als erforderlich angesehen wird.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <table border="1" data-bbox="416 842 1433 931"> <tr> <td data-bbox="416 842 1433 931">Begründung</td> </tr> </table>			Begründung					
Begründung									
10	<p>Eine Stellungnahme der fachlich zuständigen Innung oder Berufsvereinigung soll eingeholt werden.</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>								
<p>Ich versichere, dass die Angaben vollständig und zutreffend sind.</p>									
<p>Ort, Datum _____</p>									