Träger:

Anschrift (Straße/Ort):

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner:

[ ]  **Änderung betrifft die Trägerzertifizierung**. Wenn ja, bitte Angabe der:

 HZA-Vertragsnummer:       /       /       /

 HZA-Zertifikatsnummer:

 **🡺** Für die **Aufnahme weiterer Standorte/Schulungsorte** in das Trägerzertifikat bitte beifügen:

* Formblatt „Anlage Fragebogen Standorte“ (Download-Bereich Homepage HZA)
* Mietvertrag/Rahmenvertrag o.ä. für den neuen Standort
* Aufstellung der Räumlichkeiten (Größe, Inventar)
* Angaben zum vorgesehenen Personal
* Zusicherung, dass am neuen Standort nach den gleichen Grundsätzen
des SGB III und der AZAV verfahren wird wie am Hauptstandort

 **🡺** Für die Aufnahme weiterer Fachbereiche in das Trägerzertifikat bitte die entsprechenden Fachbereiche je Standort/Schulungsort angeben und das Formblatt „Anlage Fragebogen Standorte“ dieser Änderungsmeldung beifügen.

[ ]  **Änderung betrifft die Maßnahmezertifizierung**. Wenn ja, bitte Angabe der:

 HZA-Vertragsnummer:       /       /       M /

 HZA-Zertifikatsnummer:

 HZA-Maßnahmenummer:

 **🡺** Für die Aufnahme weiterer Standorte/Schulungsorte in das Maßnahmezertifikat bitte beifügen:

* Aussagen zur Arbeitsmarktrelevanz

**Für Ihren Änderungswunsch fügen Sie bitte eine plausible Begründung bei.**

Bitte beschreiben Sie den Gegenstand der Änderung (ggf. Anlage beifügen):

Bitte geben Sie das Datum an, zu dem die Änderung wirksam wird:

Datum Unterschrift und Stempel