

Name Zentralstelle	Kurs-Nr.
Name Träger	
Anschrift	

Hiermit bestätige ich, dass ich mich mit einer Duldung im Bundesgebiet aufhalte **und** eines der folgenden Kriterien erfülle (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Ich gehe einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach.
- Ich befinde mich in einer qualifizierten Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten oder vergleichbar geregelten Ausbildungsberuf.

---

(Name, Vorname in Druckbuchstaben)

---

(Ort, Datum, Unterschrift)