

Anerkennung von Ausbildungsstätten

Vorhandene Einrichtungen (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Abfallberatung
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	Disposition / Logistik
--------------------------	------------------------

Sammlung und Annahme

<input type="checkbox"/>	Sammlung von Haus- und Gewerbemüll
<input type="checkbox"/>	Sammlung / Annahme von Sperrmüll
<input type="checkbox"/>	Recyclinghof / Wertstoffhof
<input type="checkbox"/>	Annahme von Elektronikschrott nach Elektro-G

<input type="checkbox"/>	Annahme von Bauschutt und Baumischabfällen
<input type="checkbox"/>	Annahme / Sammlung von Problemabfällen bzw. Schadstoffen (Sonderabfall)
<input type="checkbox"/>	Sortierung (teilweise Verwertung, z.B. Papier, Glas, Holz)
<input type="checkbox"/>	Abfallvorbehandlungsanlagen (Brecher, Zerkleinerer, Shredder)

Deponietechnik

<input type="checkbox"/>	Deponie, Altdeponie
<input type="checkbox"/>	Deponiesickerwasserfassung, -reinigung

<input type="checkbox"/>	Entgasungsanlage, Deponiegasverwertung
--------------------------	--

Abfallbehandlung

<input type="checkbox"/>	Mechanisch-biologische Abfallbehandlung
<input type="checkbox"/>	Kompostierung / Rotte

<input type="checkbox"/>	Vergärung / Covergärung
<input type="checkbox"/>	Thermische Behandlung / Verbrennung

<input type="checkbox"/>	gut ausgestattete Werkstatt
<input type="checkbox"/>	gut ausgestattetes Labor

<input type="checkbox"/>	Aufenthaltsraum
--------------------------	-----------------

Anerkennung von Ausbildungsstätten

<input type="checkbox"/>	Umkleide Männer
<input type="checkbox"/>	Dusche Männer
<input type="checkbox"/>	WC Männer

<input type="checkbox"/>	Umkleide Frauen
<input type="checkbox"/>	Dusche Frauen
<input type="checkbox"/>	WC Frauen

Sonstige Anlagenteile / Einrichtungen:

.....
.....
.....
.....

Angaben zum Ausbilder / zur Ausbilderin

Name: Vorname:

Tel. (dienstlich): E-Mail (dienstlich):

geboren am: in:

Auf der Anlage tätig seit:

Private
Anschrift:

Berufliche Qualifikation (bitte Kopie/n beifügen!)

Prüfung zum:

am:

Sonstige Ausbildungen:
.....
.....

Nachweis berufs- und arbeitspädagogischer Kenntnisse (bitte Kopie/n beifügen!)

Ausbildereignungsprüfung am:

Unterschrift mit Stempel

Ort, Datum