Erklärung des Unternehmens/Trägers, des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin ODER bei juristischen Personen oder nicht rechtsfähigen Personenvereinigungen der nach Gesetz, Satzung oder Gesellschaftsvertrag zur Geschäftsführung Berechtigten über die Erfüllung der grundsätzlichen Anforderungen des SGB III, der AZAV und weiterer Anforderungen im Bezug auf die eingereichte Maßnahmenänderung und deren Durchführung.

Hiermit versichere ich,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| Vorname Name | | | | | |
| am |  | | in |  | geboren, |
| wohnhaft in | |  | | | |

* dass die grundsätzlichen Anforderungen des SGB III, der AZAV und weiterer Anforderungen für die geplante Durchführung der angezeigten Maßnahmenänderung erfüllt sind,

hierzu gehört:

* + die entsprechende und notwendige IT- und TK-Infrastruktur ist vorhanden
  + das Erreichen des Maßnahme-/Bildungsziels ist weiterhin gewährleistet
  + die Kosten der Maßnahme entsprechen den ursprünglichen der Zulassung zugrundeliegenden Kosten
  + die alternative Lernfom wird nur in den Maßnahmen und Maßnahmeteilen angewandt, welche diese tatsächlich ermöglichen (z.B. im Bereich Fachpraxis üblicherweise nicht)
  + die alternative Lernfom wird nur solange durchgeführt, bis die Bundesagentur für Arbeit/DAkkS GmbH die Ausnahmesituation aufhebt
* dass ich innerhalb von 8 Wochen die von der APV-Zertifizierungs GmbH angeforderten Unterlagen zur umfänglichen Prüfung der angezeigten Maßnahmenänderung einreichen werde.

     ,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Ort), (Datum), (rechtsverbindliche Unterschrift des Verantwortlichen beim Unternehmen)**

Ich bin mir/Wir sind uns darüber bewusst, dass eine wissentliche falsche Angabe der vorstehenden Erklärungen zum Entzug der Äquivalenzbescheinigung (erteilte Zulassung der Maßnahmenänderung nach AZAV) zur Folge hat.

     ,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Ort), (Datum), (rechtsverbindliche Unterschrift des Verantwortlichen beim Unternehmen)**