**Schweizerischer Verband für Zivilstandswesen / Association suisse des officiers de**

**l’état civil / Associazione svizzera degli ufficiali dello stato civile**(Träger der Ausbildung)

# **Verbindliche Anmeldung Berufsprüfung für Zivilstandsbeamtinnen und Zivilstandsbeamte / Inscription obligatoire à l'examen professionnel des officières et des officiers de l'état civil / Inscrizione vincolante all’ esame per la professione di ufficiale dello stato civile**

**Prüfungsdaten + Anmeldefrist / Dates d’examen + délai d’inscription / Date degli esami +**

**Termine d‘inscrizione**

### **Schriftlich / écrit / scritto** 20./21. August 2024

### **Mündlich / oral / orale** 27./28. August 2024

### **Anmeldefrist / Délai d’inscription /**

**Termine d’incrizione** 30. November 2023

**Unterschrift / Signature / Firma**

Ich bestätige hiermit meine Anmeldung und die Korrektheit der gemachten Angaben. Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass:

* die Prüfungsgebühr von CHF 2‘300.00 fristgerecht zu begleichen ist
* Änderungen meiner Koordinaten unverzüglich der bwd Weiterbildung Bern ([WBZIV@bwdbern.ch](mailto:WBZIV@bwdbern.ch))   
  mitzuteilen sind

Je confirme par la présente mon inscription et l’exactitude des informations fournies. Par ma signature je reconnais que :

* les frais d’examen de CHF 2'300.00 doivent être payés à temps
* toute modification de mes coordonnées doit être communiquée immédiament à bwd formation continue Berne ([WBZIV@bwdbern.ch](mailto:WBZIV@bwdbern.ch))

Conferma la mia iscrizione e la correttezza delle informazioni fornite. Con l’apposizione della mia firma prendo atto che :

* La tassa d’esame di CHF 2'300.00 deve essere pagata puntualmente
* Qualsiasi cambiamento dei mie dati deve essere immediatamente communicato a bwd advanced education Bern ([WBZIV@bwdbern.ch](mailto:WBZIV@bwdbern.ch))

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass die Aufsichtsbehörden über bestandene Prüfungen informiert werden.

Veuillez noter que les autorités de surveillance sont informées de la réussite aux examens.

Si noti che le autorità di vigilanza saranno informate degli esami superati.

Name / Nome / Nom: ………………………………………

Datum / Date / Data: ………………………………………...

Unterschrift / Signature / Firma: ……………………………