

Herzlich Willkommen zu Ihrer Prüfung beim DMYV Prüfungsausschuss Berlin-Zentrum

Um Ihre Prüfung sicher und richtlinienkonform durchzuführen bitten wir Sie, die folgenden Informationen sorgfältig zu lesen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Hygienerichtlinien:

1. Bitte waschen oder desinfizieren Sie sich vor der Prüfung die Hände.
2. Während der Prüfung ist das Tragen einer medizinischen Maske (sogenannte OP-Masken, Masken des Standards FFP2 oder diesen vergleichbaren Masken) Pflicht.
3. Halten Sie einen Mindestabstand von 1,5m zu anderen Personen.
4. Die Bedienung von Funkgeräten darf nur mit Einmalhandschuhen erfolgen.
5. Bitte nur eigenes Navigationsbesteck und einen Bleistift verwenden (SBF See, SKS).
6. Die Knotenprüfung erfolgt nur mit Ihrem eigenen Tauwerk (Tampen).
7. Verlassen Sie die Prüfungsräume nach der theoretischen Prüfung bitte unverzüglich.
Nur im Falle des Nichtbestehens erhalten Sie Ihr Prüfungsergebnis innerhalb von 72h. Auf welchem Weg Sie informiert werden möchten, teilen Sie uns bitte hier mit (Bitte ankreuzen und entsprechende Informationen angeben):

- telefonisch unter:
- per SMS an:
- per WhatsApp an:
- per E-Mail:

Prüfungsrichtlinien:

1. Bitte stellen Sie Ihr Mobiltelefon lautlos und entfernen es aus Ihrem Sichtbereich.
2. Tragen Sie Ihre Antworten bitte mit dokumentenechtem Stift (nicht rot oder grün) ein.
3. Täuschungsversuche werden mit kostenpflichtigem Ausschluss aus der Prüfung geahndet.
4. Auf der Vorderseite des Fragebogens persönliche Daten handschriftlich eintragen.
5. Korrekturen bitte durch vollständiges Ausmalen des angekreuzten Kästchens.
6. Der Toilettengang während der Prüfung ist nicht zulässig. Bitte vorher erleichtern.
7. Ergebnisse und Zeugnisse werden nicht sofort mitgeteilt/ausgegeben (siehe oben Punkt 7).
8. Foto- oder Videoaufnahmen während der Prüfung sind nicht zulässig.
9. Nach Fertigstellung bitte den Bogen abgeben und den Prüfungsort verlassen.
10. Bei Funkprüfungen in zugewiesenem Zeitfenster bitte zur Praxis bereithalten.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ort/Datum

Unterschrift