

Name Zentralstelle	Kurs-Nr.
Name Träger	
Anschrift	

Je certifie par la présente que je séjourne sur le territoire fédéral avec un titre de séjour toléré (Duldung) et que je remplis l'un des critères suivants (cocher la case appropriée) :

- J'exerce un emploi assujetti au régime de la sécurité sociale.
- Je suis actuellement une formation professionnelle qualifiée dans un métier nécessitant une formation, reconnu par l'État ou réglementé de manière similaire.

(Nom, prénom en caractères d'imprimerie)

(Ville, date, signature)