**Nachweis**

**vorhandener geeigneter Schulungsräume**

**1. Unternehmen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bildungsträger** | |
| Firma |  |
| Straße / Nr. |  |
| Plz / Ort |  |
| Ansprechpartner |  |
| Tel. |  |
| E-Mail |  |

**2. Vorhandene Seminarräume**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checkliste** | **ja** | **nein** |
| Steht mindestens ein Seminarraum zur Verfügung, der genügend Platz für alle Teilnehmer bietet?  Anzahl der maximalen Teilnehmer:       Personen |  |  |
| Gibt es eine ausreichende Beleuchtung im Seminarraum? |  |  |
| Ist eine ausreichende Belüftung im Seminarraum vorhanden? |  |  |
| Ist das Raumklima angenehm? |  |  |
| Ist der Geräuschpegel im Seminarraum, durch Ereignisse außerhalb des Raumes zu hoch?  **Wenn ja**: Wie kann dieser weiter gesenkt werden? |  |  |
| Sind im Seminarraum Tische und Stühle in ausreichender Zahl verfügbar?  Die Tische sollten in U-Form angeordnet werden, um den Kontakt zwischen Dozent/in und Teilnehmern zu erleichtern. Pro Tisch darf nur ein Teilnehmer sitzen. |  |  |
| Kann jeder Schulungsteilnehmer den Dozenten/die Dozentin ohne Mikro deutlich verstehen? |  |  |

Ort, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller

**Entscheidung der Zertifizierungsstelle**

Anforderungen der Schulungsräume erfüllt?

ja  nein

Ort, Datum

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

Unterschrift Leitung Zertifizierungsstelle