|  |
| --- |
| **Achtung! Bitte lassen Sie dieses Formular von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen.** |

|  |
| --- |
| **Arbeitgeberbescheinigung über ein erfolgreich absolviertes Praktikum****(spätestens 8 Wochen nach Praktikumsende einzureichen)** |

|  |
| --- |
| Hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Geboren am |  |

|  |
| --- |
| in dem Zeitraum von Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. bis Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. in unserem Hause |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Unternehmens |  |
| Abteilung |  |
| Straße und Nr. |  |
| PLZ und Ort |  |
| Telefon (für Rückfragen) |  |

|  |
| --- |
| ein Praktikum mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Stunden erfolgreich absolviert hat. |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Krankheitstage während des Praktikums | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Tage |
| Anzahl der Urlaubstage während des Praktikums | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Tage |

|  |
| --- |
| Ort, Datum |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Unterschrift Arbeitgeber/in |

|  |
| --- |
|  |