

Nachweis der praktischen Ausbildungsstunden **Stand 19.10.2023**

Name, Vorname der/ des Auszubildenden	Monat/Jahr	Externer Einsatzort
---------------------------------------	------------	---------------------

Wochen tag	Datum	Arbeitszeit				Zeitzuschläge				
		von	bis	Pause/ min.	Std/ Min.	Samstag Std./Min.	Sonntag Std./Min.	Nacht dienst Std./Min	Feiertag Std./Min	Vorfest- tag Std./Min
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									
	15									
	16									
	17									
	18									
	19									
	20									
	21									
	22									
	23									
	24									
	25									
	26									
	27									
	28									
	29									
	30									
	31									

Schichtzulage:	
Ort/Datum	Unterschrift Leitung:

Der/die Auszubildende gibt das ausgefüllte Formular bis zum 5. des folgenden Monats bei seinem praktischen Ausbildungsträger ab.