**Stundennachweis und Praktikumsbestätigung:**

Die/der PraktikantIn .............................................................................3.FA 2016/2017 hat das Praktikum an folgenden Tagen

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tag** | **Datum** | **Dienstzeit** | **Std.** | **Tag** | **Datum** | **Dienstzeit** | **Std.** |
| **Mo** |  |  |  | **Mo** |  |  |  |
| **Di** |  |  |  | **Di** |  |  |  |
| **Mi** |  |  |  | **Mi** |  |  |  |
| **Do** |  |  |  | **Do** |  |  |  |
| **Fr** |  |  |  | **Fr** |  |  |  |
| **Sa** |  |  |  | **Sa** |  |  |  |
| **So** | **Beispiel** | **08:00-16:30** | **8,0** | **So** |  |  |  |
| **Wochenstunden:** | | |  | **Wochenstunden:** | | |  |
| **Mo** |  |  |  | **Mo** |  |  |  |
| **Di** |  |  |  | **Di** |  |  |  |
| **Mi** |  |  |  | **Mi** |  |  |  |
| **Do** |  |  |  | **Do** |  |  |  |
| **Fr** |  |  |  | **Fr** |  |  |  |
| **Sa** |  |  |  | **Sa** |  |  |  |
| **So** |  |  |  | **So** |  |  |  |
| **Wochenstunden:** | | |  | **Wochenstunden:** | | |  |

Gesamtstunden in den ersten vier Wochen:………………( …….. Fehltage)

.......................................................... ..........................................................

Unterschrift der/des PraktikumsanleiterIn Unterschrift der/des Praktikantin/en

.................................................................. ............................................

(Dienststelle oder Stempel der Institution) Datum

Übertrag der Gesamtstunden der ersten vier Wochen:………………( …….. Fehltage)

für die/den Praktikantin/en....................................................................3.FA 2016/2017

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mo** |  |  |  | **Mo** |  |  |  |
| **Di** |  |  |  | **Di** |  |  |  |
| **Mi** |  |  |  | **Mi** |  |  |  |
| **Do** |  |  |  | **Do** |  |  |  |
| **Fr** |  |  |  | **Fr** |  |  |  |
| **Sa** |  |  |  | **Sa** |  |  |  |
| **So** |  |  |  | **So** |  |  |  |
| **Wochenstunden:** | | |  | **Wochenstunden:** | | |  |

insgesamt also im Gesamtausmaß von ………… Stunden ( ………… Fehltage) absolviert.

……………………………………… ………………………………………….

Unterschrift der/des PraktikumsanleiterIn Unterschrift der/des Praktikantin/en

……………………………………… …………………………………………

(Dienststelle oder Stempel der Institution) Ort, Datum