



Bestätigung der Durchführung

einer Berufsorientierungsmaßnahme (**Modul B: Face the chance – neue Wege durch Praktika**)
(gefördert nach § 48 SGB III und mit ESF Plus-Mitteln des Landes Mecklenburg-Vorpommern)

Name, Bezeichnung und Anschrift des Trägers	
Ansprechpartner/in beim Träger (Name, Tel. Nr.)	
Vergabe-Nummer	Losnummer: lfd. Maßnahmenummer:

Hiermit wird bestätigt, dass die Berufsorientierungsmaßnahme

Face the chance – neue Wege durch Praktika

vereinbarungsgemäß durchgeführt wurde: vom _____ bis _____

An den Praktika haben insgesamt _____ Schülerinnen und _____ Schüler der Schule

_____ teilgenommen.

Name, Anschrift, Schulart

Vorname und Name der Schülerin/des Schülers	Name und Sitz des Betriebes

Vorname und Name der Schülerin/des Schülers	Name und Sitz des Betriebes

Ort, Datum_____
Name, Unterschrift und Firmenstempel des Trägers

Die Praktikumsverträge sind beigelegt (Aufgabe des Trägers).

Bestätigung durch die Lehrkraft der Schule (vom Träger einzuholen)

Ort, Datum_____
Name und Unterschrift der Lehrkraft

Bestätigung durch die Agentur für Arbeit

Nach den mir vorliegenden Erkenntnissen wurde die Maßnahme ordnungsgemäß durchgeführt.

Ort, Datum_____
Name und Unterschrift der schulzuständigen bzw.
maßnahmebetreuenden Beratungsfachkraft der Agentur für Arbeit