



3



## Erklärung des Ausbildungsbetriebes

---

**Hinweis** Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.

1 Auftragnehmer Kundennummer

### A. Angaben zum Ausbildungsbetrieb

2 Name des Ausbildungsbetriebes

3 Straße

4 Hausnummer

5 Postleitzahl

6 Ort

### B. Angaben zur/zum Auszubildenden

7 Vorname

8 Nachname

9 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

10 Kundennummer

### C. Erklärung

Der Ausbildungsbetrieb erklärt sich damit einverstanden, dass der/die Auszubildende weiter an der Rehabilitationsspezifischen Ausbildung (begleitete betriebliche Ausbildungsphase) teilnimmt.

11 Ich unterstütze aktiv die Teilnahme an der Rehabilitationsspezifischen Ausbildung, indem ich die Teilnahme zu den wöchentlich vereinbarten Terminen ermögliche.

außerhalb der betrieblichen Arbeitszeiten

innerhalb der betrieblichen Arbeitszeiten

Zur regelmäßigen Teilnahme an der Rehabilitationsspezifischen Ausbildung tausche ich mich mit der teilnehmenden Person aus. Für die Zeiten der Teilnahme erhält die teilnehmende Person eine schriftliche Bestätigung durch den Bildungsträger.

12 Ort

13 Datum

14 Unterschrift und Stempel



\*S1\*