Tutor/in: _____

Datum: 13.09.2023
Unser Zeichen: Wör

Praktikumsvertrag 2025 zur Studien- und Berufsorientierung

Praktikant(in):	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Mobilfunknummer	
e-mail-Adresse	

Name des Unternehmens		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon		
Ansprechpartner/in bzw. Betreuer/in; Tel.		
Einsatz-/Aufgaben-gebiet		
Arbeitszeit:	von:	bis:

Gesundheitszeugnis erforderlich?	ja ☐	nein ☐
Amtsärztliche Untersuchung erforderlich?	ja ☐	nein ☐

Anmerkungen:

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift und Stempel (Unternehmen)