

Einstiegsqualifizierung _____

Betrieb: _____	
Name: _____	Tel.: _____
Anschrift: _____	FAX: _____
Ansprechpartner/in: _____	Mail: _____

Betriebliche Eignung:

Ausbildungsbetrieb im Ausbildungsberuf _____

ja, seit: _____ nein

Wenn nein:

Die sachlichen Voraussetzungen (Betriebsräume, Ausstattung, Arbeitsmittel) zur Durchführung der o. g. Einstiegsqualifizierung sind gegeben:

ja nein

Betriebsschwerpunkte: _____

Fachliche Qualifikation: *

Name:

Fachliche Qualifikation:

(Kopie des Zeugnisses bitte beifügen)

* (der mit der Einstiegsqualifizierung beauftragten Fachkräfte)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Ort

Datum

Unterschrift