

Erklärungen der/s Ausbilderin/Ausbilders bei Trennung Fehlzeitenbescheinigung nach § 8 der Prüfungsordnung vom Februar 2018

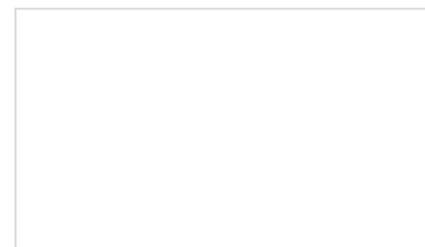
Für die/den Auszubildende/n: _____
Name, Vorname

- Ich/Wir bestätige/n **Fehltage während der praktischen Ausbildungszeit** wie folgt:

Hinweise: Berufsschul- und Urlaubstage bleiben unberücksichtigt. Bei Wechsel der Ausbildungsstätte sind vorangegangene Fehlzeiten vom ehemaligen Ausbildenden gesondert zu bescheinigen.

_____ Fehltage insgesamt, _____ Fehltage davon unentschuldigt

Datum/Unterschrift ausbildende/r Zahnärztin/Zahnarzt



Stempel Ausbildungsstätte

⇒ Formular bitte mit der Kündigung/Aufhebung per Fax an (030) 34 808-222 oder l.schaefer@zaek-berlin.de.