

Praktikumsbestätigung

Zeitraum: _____

Praktikant

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Praktikumsstelle

Name des Betriebs: _____

Adresse des Betriebs: _____

Ansprechpartner im Betrieb

Name eines Ansprechpartners: _____

Telefonnummer: _____

Informationen zur Praktikumsstelle

Einsatzbereich: _____

Arbeitszeit: _____

Belehrung für den Umgang mit Lebensmitteln (am Gesundheitsamt Moers):

Erforderlich ☐ Nicht erforderlich ☐ (Bitte ankreuzen)

Anmerkungen / Zusatzinformationen

Ort, Datum

Unterschrift der Praktikumsstelle