

Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	Caritasverband für das Bistum Magdeburg e.V.
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2023/09/179852
Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	
Monat/Jahr:	

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
An-/Abwesenheit lt. Legende																																

Monat/Jahr:	An-/Abwesenheit je Kalendertag																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
An-/Abwesenheit lt. Legende																																

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

- Legende:**
- | | | | | | |
|-----------|-------------------------|-----------|---|-----------|--------------|
| A | Anwesend | K | Krankheit | P | Praktikum |
| E | entschuldigt Abwesend | kk | Kind krank | F | Feiertag |
| UE | unentschuldigt Abwesend | U | Urlaub | WE | Wochenende |
| S | Seminar | GT | Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst | MS | Mutterschutz |