

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