**Zeitnachweis Gesamt**

**im verkürzten Berufspraktikum/Praxissemester**

**für:**

Kurs: BP dual [ ]  vom       bis

Einsatzstelle:

Träger:

Anschrift:

Aufgabenbereich:

**Das Praktikum wurde im vollen Umfang von sechs Monaten abgeleistet.**

**[ ]  ja** **[ ]  nein, weil insgesamt**        **Fehltage (Krankheit, Urlaub, sonstiges) vorliegen.**

Ort und Datum

................................................................ ................................................................

Unterschrift//Stempel

Leitung der Praxisstelle Unterschrift Praxisanleiter/in