Vollzeit- und Teilzeitkräfte

Fortl. Nr.	Name, Vorname	berufliche Qualifikation	Funktion	Beschäftigungszeitraum		individuelle Arbeitszeit pro Woche	Staatliche Förderung	
				Beginn TT/MM/JJ	Ende TT/MM/JJ		Ja	Nein

Datum, Unterschrift _____

Auszubildende, geringfügig Beschäftigte, FSJ/BFD

Fortl. Nr.	Name, Vorname	berufliche Qualifikation	Funktion	Beschäftigungszeitraum		Beschäftigungszeit (nur eine Alternative angeben)		Staatliche Förderung	
				Beginn TT/MM/JJ	Ende TT/MM/JJ	Individ. Arbeitszeit pro Woche	Jahres-arbeitsstd.	Ja	Nein

Datum, Unterschrift _____