PTS Birkfeld
Birkengasse 1
8190 Birkfeld

Tel: 03174 - 3040-11
Tel: 0664 - 403 8486
Fax: 03174 - 3040-14
E-Mail: direktion@pts-birkfeld.at

Als Unternehmensleiter/in bzw. Zeichnungsberechtigte/r erkläre ich durch meine Unterschrift mein Einverständnis, dass der/die Schüler/in

Familienname	**Vorname**	**Klasse**

in meinem Betrieb die **PRAXISTAGE** ***(=Ergänzung zum Fachunterricht)*** verbringen kann.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

1. der /die Schüler /in im Rahmen der Schülerunfallversicherung unfallversichert ist,
2. der /die Schüler /in **nicht** bei der Sozialversicherung anzumelden ist,
3. der /die Schüler /in sich an die Arbeitszeit von Lehrlingen(1.Lehrj.) im Betrieb zu halten hat,
4. der /die Schüler /in nicht in den Arbeitsprozess eingegliedert werden darf,
5. der /die Schüler /in keine finanzielle Entschädigung zu erwarten hat,
6. die Bestimmungen des Arbeitnehmerschutzes und die arbeitshygienischen Vorschriften zu berücksichtigen sind,
7. der /die Schüler /in fallweise durch eine/n Begleitlehrer/in betreut wird und
8. der /die Schüler /in während der Dienstzeit die Anordnungen der zugeteilten Aufsichtsperson zu befolgen hat.

FACHBEREICH und BERUFSWUNSCH des SCHÜLERS / der SCHÜLERIN

Fachbereich:	**Berufswunsch:**

Dienstzeit bzw. Anwesenheit des Schülers / der Schülerin:

Tag	von	bis
Donnerstag 25.4.		
Donnerstag 9.5.		
Donnerstag 16.5.		
Donnerstag 23.5.		

Tag	von	bis
Donnerstag 6.6.		
Donnerstag 13.6.		
Donnerstag 27.6.	(Projektwoche)	
Donnerstag 4.7.		

Bestätigung des Unternehmens (evtl. Firmenstempel):

(Name der Ansprechperson, Adresse und Tel.-Nr. des Unternehmens!)

Datum _____ Unterschrift _____

Anfragen, Wünsche, Mitteilungen des Unternehmens :