

Staatlich anerkanntes

Ev. Fachseminar für Pflegeberufe

Am Fernmeldeamt 15, 45145 Essen



C 1.8.4 Fehlzeitennachweis Praxisblock

Träger der praktischen Ausbildung:
(Stempel der Einrichtung)

Hiermit bestätigen wir, dass Herr/Frau _____

in der Zeit vom:

bis:

seinen/ihren praktischen Einsatz in der (zutreffendes bitte ankreuzen)

- stationären Altenpflege
- ambulanten Altenpflege
- Geronto- /Psychiatrischen Pflege
- Geriatrischen- /Krankenpflege
- _____

abgeleistet hat.

In der o.g. Zeit sind folgende **Fehlzeiten** angefallen:

1. **Entschuldigte Fehltage:** _____

2. **Unentschuldigte Fehltage:** _____

3. **Urlaubstage:** _____

Datum: _____ Funktion: _____

Name: _____ Unterschrift: _____