

Einsatzort: _____

Oktober 2024

Name Auszubildende(-r): _____

Kurs: _____

Arbeitgeber der/des Azubi: _____

		Arbeitszeitdauer		Pause in Min.	reine Arbeitszeit		frei	krank	Schultag	Urlaub
		von bis		Std.	Min.				
1.	Di									
2.	Mi									
3.	Do									
4.	Fr									
5.	Sa									
6.	So									
7.	Mo									
8.	Di									
9.	Mi									
10.	Do									
11.	Fr									
12.	Sa									
13.	So									
14.	Mo									
15.	Di									
16.	Mi									
17.	Do									
18.	Fr									
19.	Sa									
20.	So									
21.	Mo									
22.	Di									
23.	Mi									
24.	Do									
25.	Fr									
26.	Sa									
27.	So									
28.	Mo									
29.	Di									
30.	Mi									
31.	Do									

Unterschrift Auszubildende(-r) _____

Unterschrift Praxisanleiter:in oder Dienstplanverantwortliche(-r) _____