

Einsatzort: \_\_\_\_\_

**November 2024**

Name Auszubildende(-r): \_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber der/des Azubi: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Auszubildende(-r) \_\_\_\_\_

Unterschrift Praxisanleiter:in oder Dienstplanverantwortliche(-r) \_\_\_\_\_