

Austauschpraktikum – Persönliche Angaben

das Original geht an den Partnerbetrieb,
eine Kopie an den Hauptbetrieb

Hauptbetrieb - Ausbildungsort Name: Adresse: Abteilung: Bildungsverantwortliche-r/ Kontaktperson Name: Telefon : Mailadresse : Unterschrift.....	Partnerbetrieb - Austauschort Name: Adresse: Abteilung: Bildungsverantwortliche-r/ Kontaktperson Name: Telefon : Mailadresse : Unterschrift
Lernende-r Name: Adresse: Telefon: Mailadresse: Geburtsdatum: Unterschrift	Gesetzliche Vertretung (falls minderjährig) Name: Adresse: Telefon: Mailadresse: Unterschrift

Mit der Unterzeichnung des Formulars « Persönliche Angaben » erklären sich die Unterzeichnenden bereit, beim Austauschpraktikum die von der OrTra Gesundheit-Soziales definierten Rahmenbedingungen einzuhalten.