**BESTÄTIGUNG**der Abwesenheiten Arbeitsplatznahe Qualifizierung (AQUA)

Die Bestätigung ist bei Abwesenheiten im Nachhinein bis spätestens M**onatsletzten** bzw. nach Abschluss oder Abbruch der AQUA umgehend an Ihre/n AQUA-KooperationspartnerIn zu übermitteln:

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse: |       |
| Ansprechperson: |       | Telefonnummer: | 50904340 |
| eMail-Adresse: |  |

Wir bestätigen, dass

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Vor- und Familien-/Nachname AQUA-TeilnehmerIn SV-Nummer

im **Monat**  **202**2 **abwesend** war:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **von** | **bis** | **Grund der Abwesenheit** |
|       |       | [ ]  Krankheit[ ]  sonstige Abwesenheit, **Grund:**       |
|       |       | [ ]  Krankheit[ ]  sonstige Abwesenheit, **Grund:**       |
|       |       | [ ]  Krankheit[ ]  sonstige Abwesenheit, **Grund:**       |
|       |       | [ ]  Krankheit[ ]  sonstige Abwesenheit, **Grund:**       |
|       |       | [ ]  Krankheit[ ]  sonstige Abwesenheit, **Grund:**       |
|       |       | [ ]  Krankheit[ ]  sonstige Abwesenheit, **Grund:**       |

 Ort, Datum Unterschrift des AQUA-Betriebes
 Bevollmächtigte(r) Zeichnungsberechtigte(r)
 Stampiglie