**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