

# Anwesenheitsnachweis Teilnehmer/in

Bitte die grau hinterlegten Felder befüllen!

Zuwendungsempfänger:	DRK Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.
Vorgangsnummer lt. Zuwendungsbescheid:	ZS/2023/09/179873

Teilnehmer (Name, Vorname):	
Vertrag vom:	
Vertragszeitraum:	
Einsatzstelle:	

Monat/Jahr:	/
-------------	---

der Teilnehmer hat keine Berufsausbildung in der Einsatzstelle abgeschlossen/ befindet sich derzeit nicht in einer Berufsausbildung

x

Monat/Jahr: ____/____	An-/Abwesenheit je Kalendertag																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
An-/Abwesenheit lt. Legende																																

Monat/Jahr: ____/____	An-/Abwesenheit je Kalendertag																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
An-/Abwesenheit lt. Legende																																

Datum / Unterschrift Träger / Stempel

Datum / Unterschrift Einsatzstelle / Stempel

Datum / Unterschrift des Teilnehmer/in

- Legende:**
- A** Anwesend
  - E** entschuldigt Abwesend
  - UE** unentschuldigt Abwesend
  - S** Seminar

- K** Krankheit
- kk** Kind krank
- U** Urlaub
- GT** Abgeltung Mehrarbeitszeiten/Wochenenddienst

- P** Praktikum
- F** Feiertag
- WE** Wochenende
- MS** Mutterschutz

**Abgabe bis spätestens zum 5. des Folgemonats**



Kofinanziert von der Europäischen Union