



www.psleonding.at

direktion@psleonding.at

Limesstraße 6

4060 LEONDING

BERUFSPRAXIS 2024/25	TERMIN	3
----------------------	--------	---

An folgenden Terminen (**bitte ankreuzen x bzw. streichen**) ist genannte/r Schülerin/der Schüler in unserem Betrieb zwecks Absolvierung einer Berufspraxis („Schnupperlehre“) vorgemerkt:

<input type="radio"/>	DI, 11.02.2025	<input type="radio"/>	MI, 12.02.2025	<input type="radio"/>	DO, 13.02.2025	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	----------------	-----------------------	----------------	-----------------------	----------------	-----------------------	-----------------------

SCHÜLERNAME:			
GEBURTSDATUM:		KLASSE: P_	

FIRMA:			
BEARBEITER/IN:			
STRASSE/NR.			
PLZ/ORT:			
TELEFON/DW:			
E-MAIL:			

Die Schülerin/der Schüler wird in folgendem Berufsbereich eingesetzt:

\_\_\_\_\_

Wir akzeptieren, dass diese Aufnahmeerklärung zum angegebenen Termin fixiert ist und darüber kein weiterer Schriftverkehr erfolgt. Die Schülerin/der Schüler wird während der Berufspraxis von einer Lehrerin bzw. einem Lehrer der PTS Leonding besucht. Die Schülerin/der Schüler ist während dieser **Schulveranstaltung** durch die **Schülerunfallversicherung** versichert und braucht nicht bei der Sozialversicherung angemeldet werden. Weiters bestätigen wir, dass für den angegebenen Zeitraum kein Entgelt bezahlt wird und die Vereinbarung zum „Schnuppern“ jederzeit ohne Angabe von Gründen aufgehoben werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebenen personenbezogenen Daten ausschließlich für schulische und organisatorische Zwecke teil-weise oder vollständig verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift (Betrieb)