**„Öffentlich geförderte Beschäftigung“**

**NACHWEIS ÜBER DIE QUALIFIZIERUNG VON TEILNEHMENDEN DURCH EIGENES PERSONAL**

Geschäftszeichen (GZ) des Zuwendungsbescheides:

Zuwendungsempfangender:

ggfls. Weiterleitungspartner:

Gesamter Durchführungszeitraum der Maßnahme: bis

**Name des Teilnehmenden:**

**Jahr der Qualifizierung:**

| **Datum** | **Uhrzeit****von - bis** | **Anzahl der Stunden** **(max. 60 Std.** **pro Jahr)** | **Art der Qualifizierung** | **Einzel-/Gruppenunterricht** | **Name des Dozenten** | **Unterschrift des Teilnehmenden** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Summe: |  |  |  |  |  |

Unterschrift des Zuwendungsempfangenden bzw. Weiterleitungspartners: