Handwerkskammer
Region Stuttgart

Landesinnung Orthopädietechnik BW
-Schulausschuss-
Sprißlerstr. 7
72379 Hechingen

Antwort
oder per Telefax: 07471910843
oder per E-Mail: schulausschuss-bw-ot@online.de

Mitwirkung Ihrer Mitarbeiterin / Ihres Mitarbeiters im Prüfungsausschuss des Ausbildungsberufs

„.....“
(Bitte entsprechenden Beruf eintragen)

Hiermit bescheinigen wir,
dass Herr / Frau .....
(Name, Vorname)

in unserem Betrieb als .....
(Berufsbezeichnung)

beschäftigt ist.

Das Aufgabengebiet der oben genannten Person umfasst bei uns folgende Tätigkeiten:

.....

.....

.....

.....

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Prüfertätigkeit meiner Mitarbeiterin / meines Mitarbeiters einverstanden bin.

....
Ort, Datum Unterschrift des Arbeitgebers / Firmenstempel