

Angaben zum Träger der Maßnahme	
Name des Trägers	
Maßnahmebezeichnung	
Maßnahmenummer	
Maßnahmeort	

Mitteilung – Praktikumseinsatz im Rahmen einer Maßnahme *

Angaben zum Kunden	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Zuweisungszeitraum der Maßnahme	
zuständiger Fallmanager	

Angaben zum Praktikumseinsatz während Maßnahme	
Arbeitgeber	
Anschrift des Arbeitgebers	
Praktikumszeitraum	
Praktikumsort	
zu besetzende Stelle beim Arbeitgeber	
Art der Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Arbeit	
sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Datum und Unterschrift des Teilnehmers
--

Datum, Unterschrift und Stempel des Trägers

* Diese Mitteilung ist mindestens eine Woche vor Beginn eines Praktikums beim zuständigen Fallmanager einzureichen.