

Praktikant(in)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Praktikumsstelle

Name: _____

Adresse: _____

Name eines Ansprechpartners: _____

Telefonnummer oder E-Mailadresse:

Einsatzbereich: _____

Arbeitszeit: _____

Belehrungen für den Umgang mit Lebensmitteln: Erforderlich Nicht erforderlich
(erfolgt durch das Gesundheitsamt Moers) (Bitte ankreuzen)

Anmerkungen/Zusatzinformationen (z.B. zur Arbeitskleidung, Besonderheiten bei den Arbeitszeiten etc.)

Ort, Datum

Unterschrift einer/eines Verantwortlichen der Praktikumsstelle