

Berufspraktische Tage – Schnupperpraktikum

Projekt/Unternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass die Schülerin/der Schüler

Klasse _____ im Bereich/Lehrberuf _____

Praktikumszeitraum von _____ bis _____ die berufspraktischen Tage absolvieren kann.

Firmenstempel

Datum: _____ Unterschrift: _____

Nähere Informationen für die Schule:

Kontaktperson: _____

Tel.Nr.: _____

Arbeitsbeginn: _____ Arbeitsende: _____

Arbeitspause(n): _____

Arbeitsadresse/Einsatzort: _____

Sonstiges/wichtige Infos: _____

Kontakt

Tel./Fax: 813 42 73
Lehrerzimmer: 817 77 39
e-mail: so12rosa008k@m56ssr.wien.at

Schule der Stadt Wien
A-1120 Wien Rosasgasse 8

Schulleitung:
SD Dr. Emmerich Gradauer
SKZ 912013