

Monatlicher Arbeitszeittennachweis für Auszubildende

➔ zur Vorlage beim Ausbildungsträger und in der Ev. Pflegeakademie

Auszubildende/r: _____ Lehrgang: _____

Institution _____ Monat: _____

Tag:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Geleisteter Dienst (Uhrzeiten)	von							
	bis							
Fehlzeiten (Angabe in Stunden)								
Tag:	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
Geleisteter Dienst (Uhrzeiten)	von							
	bis							
Fehlzeiten (Angabe in Stunden)								
Tag:	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.
Geleisteter Dienst (Uhrzeiten)	von							
	bis							
Fehlzeiten (Angabe in Stunden)								
Tag:	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	
Geleisteter Dienst (Uhrzeiten)	von							
	bis							
Fehlzeiten (Angabe in Stunden)								

- Über- oder Minusstunden sind nicht verboten, müssen jedoch noch im Einsatzbereich ausgeglichen werden! Arbeitsschutzgesetz (ArbZG) beachten!
- ggf. Beachtung des Jugendarbeitsschutzgesetzes bei minderjährigen Auszubildenden
- Für die Dokumentation der Arbeitszeit und den **Rücklauf dieses Formulars bis zum 10.Tag an die Pflegeakademie** des folgenden Monats, ist die Auszubildende/ der Auszubildende zuständig!
- Krankheitsbedingten Arbeitszeitausfall immer unverzüglich beim Träger der Ausbildung melden
- K = krank / U = Urlaub / S = Schule / F = Frei

Unterschrift Auszubildende*r

Unterschrift Verantwortliche*r
(Institution und Stempel)