

ARBEITSBESTÄTIGUNG

Schulbetrieb:

MitgliedsNr.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Schulname

Inhaber/in

Straße

Land/PLZ/Ort

Telefon Fax

email Internet

Wir bestätigen die Beschäftigung der in der folgenden Auflistung genannten Mitarbeiter.
 Die angegebenen Lizenzen wurden überprüft.
Die Beendigung einer Beschäftigung wird umgehend an die VDWS-Geschäftsstelle gemeldet.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Mitarbeiterliste

| Name, Vorname | Schul- leitung | Praktikums- lizenz | Lizenz-Nr. | Mitgl.Nr. | Unterschrift/Mitarbeiter |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--|-----------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C K J W | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C K J W | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C K J W | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C K J W | | |