

# Berufsorientierung

Stadtteilschule Eppendorf

Curschmannstraße 39, 20252 Hamburg – Telefon: 428822 - 0



## Bestätigung Betriebspraktikum (9/2)

Name des Betriebs/ der Institution:

---

---

Wir bestätigen, dass

die/ der Schüler:in \_\_\_\_\_ der Klasse 9 \_\_\_\_\_

in der Zeit vom **19.06.** bis **07.07.2023** in unserem Betrieb ein **dreiwöchiges Betriebspraktikum** absolvieren kann.

Wir sichern zu, dass wir eine **7-stündige Beschäftigung (35 Stunden pro Woche)** gewährleisten können.

Sie/ Er wird dabei Einblicke in folgende Abteilungen/ Bereiche erhalten:

---

---

---

Die Betreuung im Betrieb übernimmt:

Frau/ Herr \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Eine Belehrung durch das Gesundheitsamt gemäß Infektionsschutzgesetz ist

erforderlich  nicht erforderlich.

Die Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses ist

erforderlich  nicht erforderlich

Den Infobrief zum Betriebspraktikum haben wir zur Kenntnis genommen.

---

(Unterschrift)

---

(Datum)