Bestätigung über einschlägige Berufspraxis
(Anlage zum Antrag auf Zulassung zur Fortbildungsprüfung Fachagrarwirt Baumpflege)

Name und Anschrift und / oder Stempel der Firma, Behörde, Kommune

Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters:

Vorname: *Nachname:* *Geburtsdatum:*

Beschäftigungsbeginn *Beschäftigungsende*

ist/war seit dem _____ bis _____ in unserem Betrieb/Behörde mit

wöchentliche Arbeitszeit

einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von _____ Stunden beschäftigt

und führt regelmäßig folgende Tätigkeiten aus:

Ort: *Datum:* *Unterschrift:*