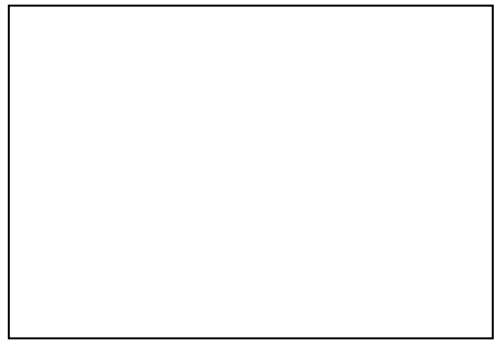


# Bestätigung über einschlägige Berufspraxis

(Anlage zum Antrag auf Zulassung zur  
Fortbildungsprüfung Fachagrarwirt Baumpfleger)



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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_