drucken speichern unter

Europäischer Sozialfonds
Investition in Ihre Zukunft
www.esf.brandenburg.de

Investitionsbank des Landes Brandenburg ILB

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG FÜR EINE PERSON

(entsprechend Nummer 5.4.2 der Brandenburger Sozialpartnerrichtlinie)

Antragsnummer: _____	Zuwendungsempfänger:
Datum der Beratung: _____	Name des beratenen Unternehmens (Arbeitgeber):

Die Beratung erfolgt während der Arbeitszeit. Sie wird vom Land Brandenburg aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds kofinanziert.

Freistellungserklärung der teilnehmenden Beschäftigten:

Hiermit erkläre ich, dass ich von dem o. g. Arbeitgeber während meiner Teilnahme an dieser Beratung freigestellt wurde und er mir während der Freistellung Lohn/Gehalt ungekürzt weiterzahlt bzw. bei Beratungen, die an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen erfolgten, mich an anderen Werktagen in gleichem Umfang von der Arbeit freistellt. Die Freistellung erfolgte nicht im Rahmen von Urlaub oder der Abgeltung von Überstunden.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Beschäftigten des beratenden Unternehmens
(Teilnehmer an der Beratung)

Blockschrift der/des Unterzeichnenden