Bestätigung über eine Praktikumsstelle zur Ausbildung als Ordinationsassistenz, Röntgenassistenz, Laborassistenz oder Desinfektionsassistenz

Ich/wir bestätige/n das Praktikum von ..... Stunden in meiner/unserer Praxis/Gruppenpraxis/Ambulatorium/ Sanitätsbehörde

von Frau/Herr

Nachname	Vorname	geboren am

Adresse	Postleitzahl, Ort

Bei der Ausbildung in der Ordinations-, Röntgen-, Labor- oder Desinfektionsassistenz hat der/die Praktikumsgeber/in laut der MAB-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 282/2013 eine/n ausbildungsverantwortliche/n Arzt/Ärztin oder eine/n ausbildungsverantwortliche/n Angehörige/n des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für die praktische Ausbildung am Dienstort zu bestimmen. Die Teilung der Ausbildungsverantwortung auf zwei Personen ist zulässig.

Der/Die Ausbildungsverantwortliche hat den Kompetenzerwerb am Dienstort sicherzustellen und die Aufsicht über die Auszubildenden wahrzunehmen.

Jede Änderung der Praktikumsstelle ist umgehend dem BFI der AK Vorarlberg GmbH mitzuteilen.

Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis, dass oben angeführte/r Praktikant/in die Ausbildung nach den gesetzlichen und allgemeinen Bestimmungen gemäß MAB-Gesetz, BGBl. I Nr. 89/2012 und der MAB-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 282/2013 absolviert und mache/n als Ausbildungsverantwortlichen namhaft:

Frau/Herr _____

Stempel, Unterschrift

Datum:

BFI der AK Vorarlberg GmbH, Widnau 4, 6800 Feldkirch, T +43 (0) 5522 70200, service@bfi-vorarlberg.at, www.bfi-vorarlberg.at
FN 419834 d, Erfüllungsort und Gerichtsstand LG Feldkirch, DVR 3012673, UID-Nr. ATU68951912