Bestätigung über ein Dienstverhältnis und Einverständniserklärung zur Ausbildung zum/zur Heimhelfer/in

Ich/wir bestätige/n das Dienstverhältnis in meiner/unserer Praxis/Gruppenpraxis/Ambulatorium/ Sanitätsbehörde

von Frau/Herr

Nachname	Vorname	geboren am

Adresse	Postleitzahl, Ort

Der/Die Ausbildungsverantwortliche (eine Pflegeperson aus dem gehobenen Dienst oder eine Pflegefachassistent/in) hat den Kompetenzerwerb am Dienstort sicherzustellen und die Aufsicht über die Auszubildenden wahrzunehmen.

Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis, dass oben angeführte/r Mitarbeiter/in die Ausbildung nach den gesetzlichen und allgemeinen Bestimmungen gemäß Heimhilfeausbildung SozBG LGBI Nr. 26/2007 und GuK-BAV, BGBl II Nr 281/2006 und mache/n als Ausbildungsverantwortlichen namhaft:

Frau/Herr

_____

Stempel, Unterschrift	Datum