

**BERUFSPRAXIS 2026/27****TERMIN 1**

Zutreffende Tage bitte ankreuzen.

☐ **MO, 05.10.2026** ☐ **DI, 06.10.2026** ☐ **Mi, 07.10.2026** ☐ **Do, 08.10.2026**

Schülername:

Geburtsdatum:

Klasse: P

Firma:

Bearbeiter/in:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/DW:

E-Mail:

Die Schülerin/der Schüler wird in folgendem Berufsbereich eingesetzt:

Wir bestätigen den verbindlichen Schnuppertermin. Die Schülerin bzw. der Schüler wird während der Berufspraxis von einer Lehrkraft der PTS Leonding besucht, ist über die Schülerunfallversicherung versichert und muss nicht bei der Sozialversicherung angemeldet werden. Für den Schnupperzeitraum wird kein Entgelt bezahlt. Die Schnuppervereinbarung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Ich bin außerdem mit der Verarbeitung der angegebenen personenbezogenen Daten für schulische und organisatorische Zwecke einverstanden.

Ort, Datum:

Stempel,

Unterschrift (Betrieb): _____