

Auszubildende/r: _____

Kurs: _____

Fehlzeitenübersicht praktische Ausbildung

ToP-Teilnehmerorientierte Pflegeschule
Ruhrallee 311 BTII - 45136 Essen

Name der Einrichtung (Stempel):

bitte ankreuzen:

Dienstplangrundform:

5 Tg/W	<input type="checkbox"/>
5,5 Tg/W	<input type="checkbox"/>
6 Tg/W	<input type="checkbox"/>

Bitte zurück per:

Fax:

0201-958630-55

oder Mail:

sekretariat@top-schule.de

Monat:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Monat:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Monat:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Legende:

A = anwesend

K = krank

AU = arbeitsunfähig m. ärztl. Bescheinigung

UR = Urlaub

X = dienstfrei

U = unentschuldigtes Fehlen

E = entschuldigtes Fehlen

F = Feiertag

S = Schule

Datum

Unterschrift Stationsleitung/Praxisanleitung