

**Muster Praktikumsvertrag**

Träger:

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**PRAKTIKUMSVERTRAG Übergangsqualifizierung**

zwischen:

Teilnehmer/-in:                      Name, Vorname  
   Straße, Nr.  
   PLZ, Ort  
   Tel. :

Unternehmen:                        Name,  
   Straße, Nr.  
   PLZ, Ort  
   Tel.:

Träger:                                    Name,  
   Straße, Nr.  
   PLZ, Ort  
   Tel.:

Herr/Frau:  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

befindet sich bei uns in einer Übergangsqualifizierung für die arbeitsmarktfähige  
Teilqualifikation:

**Berufsbezeichnung**

vom: Beginn \_\_\_\_\_ bis: Ende \_\_\_\_\_

Verantwortliche(r) Mitarbeiter/-in beim Träger:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Betrieb:**

Betriebsübliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

täglich: \_\_\_\_\_

wöchentlich: \_\_\_\_\_

Freie Tage bzw. Betriebsferien für die Zeit der Anwesenheit: \_\_\_\_\_

Zuständige Mitarbeiter/-in: \_\_\_\_\_

**Inhalte:**

Die Anleitung erfolgt auf der Grundlage der als Anlage beigefügten Gliederung.

Der Tätigkeitsnachweis ist unaufgefordert zu führen und den zuständigen Personen des Betriebes wöchentlich zur Unterschrift vorzulegen.

Es ist eine vorgegebene Anwesenheitsliste zu führen. Die Krankmeldungen sind an den Träger weiterzuleiten.

Zum Ende des Praktikums ist eine Leistungsbeurteilung zu erstellen, die mit der/dem Teilnehmer/-in zu besprechen und dem Träger zuzustellen ist.

**Unterhalt und Versicherungen:**

1. dem Betrieb entstehen keine Lohnkosten und keine Sozialabgaben.
2. Der/die Teilnehmer/-in ist über den Kostenträger krankenversichert.
3. Der/die Teilnehmer/-in ist über die Berufsgenossenschaft des Trägers versichert. Arbeitsunfälle sind dem Träger umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschriften

Teilnehmer/-in

Träger

Betrieb

Verteiler:

Teilnehmer  
Betrieb  
Träger  
Agentur für Arbeit