



Unternehmen - Anschrift oder Stempel

Name Ausbildungsbotschafter/-in

Vorname Ausbildungsbotschafter/-in

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Bei Unternehmen - abweichende Anschrift - Ausbildungsstätte

Straße, Hausnummer

PLZ	Ort
-----	-----

Zuständiger Ausbilder / Ansprechpartner Personalabteilung

Telefon - Mobil - Ausbildungsbotschafter/-in

Telefon - Ausbilder / Ansprechpartner

E-Mail - Ausbildungsbotschafter/-in

Telefax - Ausbilder / Ansprechpartner

Ausbildungsbeginn (Datum)	vorauss. Ausbildungsende (Datum)
---------------------------	----------------------------------

E-Mail - Ausbilder / Ansprechpartner

Name der ehemaligen Schule	Erreichter Schulabschluss
----------------------------	---------------------------

Ausbildungsberuf des Ausbildungsbotschafters

Einsatz an ehemaliger Schule erlaubt?	PKW-Führerschein vorhanden?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die in diesem Personalebogen genannte Person stellen wir nach Abstimmung mit uns für das Projekt Ausbildungsbotschafter/-in frei

_____ Datum Unterschrift Unternehmensvertreter

Hiermit erkläre ich mich bereit als Ausbildungsbotschafter/-in für die HWK Ostwestfalen-Lippe zu Bielefeld tätig zu sein

_____ Datum Unterschrift Ausbildungsbotschafter

Einwilligungserklärung

Die HWK wird die angegebenen Daten nur für die Laufzeit des Projektes "Ausbildungsbotschafter" speichern und nutzen. Diese Verwertung umfasst interne Prozesse und die Dokumentationspflicht im Rahmen der Durchführung des ESF-Förderprojektes. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft gegenüber der HWK schriftlich widerrufen werden. Eine über diesen Zweck hinausgehende Datenverarbeitung findet nur statt, wenn dies aufgrund gesetzlicher Regelungen vorgesehen ist.

Ich stimme der Einwilligungserklärung zu

Ich stimme der Einwilligungserklärung nicht zu

Ich stimme der Einwilligungserklärung zu

Ich stimme der Einwilligungserklärung nicht zu

_____ Datum Unterschrift Unternehmensvertreter

_____ Datum Unterschrift Ausbildungsbotschafter

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds

Ministerium für Arbeit,
Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



ESF
in Nordrhein-Westfalen
in Menschen investieren.



Unternehmen - Anschrift oder Stempel

Name Ausbildungsbotschafter/-in

Vorname Ausbildungsbotschafter/-in

Bitte teilen Sie uns in der folgenden Aufstellung mit, in welchem Zeitraum der o.g. Ausbildungsbotschafter/ die o. g. Ausbildungsbotschafterin nicht freigestellt werden kann.

Berufsschule						
Teilzeitbeschulung					Blockunterricht	
Wochentag	ganztätig	vormittags	nachmittags		Datum (von)	Datum (bis)

Sonstige Termine (z. B. Interne Veranstaltungen, Urlaub, etc.)			
Jahr	Datum (von)	Datum (bis)	ggf. Hinweise / Ergänzungen

Sollten sich die o. g. Termine ändern, teilen Sie uns bitte die Änderungen zur Planung der Einsätze an den Schulen umgehend (per Mail) mit.

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds

Ministerium für Arbeit,
Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

