Name des Trägers

PRO Arbeit – kommunales Jobcenter Oder-Spree

Landkreis Oder-Spree

Eingangsstempel

**Tätigkeitsnachweis für den Monat: Monat Jahr**

zur Vorlage bei PRO Arbeit – kommunales Jobcenter Oder-Spree

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maßnahme** | | | |
| Titel / Bezeichnung: |  | | |
| Vergabe- / Losnummer: |  | | |
| Maßnahmenummer: |  | | |
| **Maßnahmeteilnehmer** | | | |
| Name, Vorname: |  | | |
| geboren am: |  | | |
| Teilnahmezeitraum |  | | |
| **Maßnahmeträger** | | | |
| Name des Trägers: | |  | |
| Name des Maßnahmebetreuers: | |  | |
| Telefon / Telefax: | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Anzahl**  **BE\*** | **Aktivitäten** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*BE = Betreuungseinheit (à 45 min)

|  |
| --- |
| **Teilnehmerbeurteilung erstellt am: ………………………………………………………………**  **Unterschrift des Maßnahmeträgers: …………………………………………………………….**  **Unterschrift des Maßnahmeteilnehmers: ……………………………………………………….** |