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: ……………………………………………………….** |