

Erklärung des Ausbildungs- /Qualifizierungsbetriebes

Das Ziel der Assistierten Ausbildung ist es, Auszubildende bzw. Teilnehmende an einer Einstiegsqualifizierung (EQ) durch eine aktive Unterstützung aller Beteiligten zum erfolgreichen Berufsabschluss bzw. zum erfolgreichen Abschluss der Einstiegsqualifizierung zu führen.

Als Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb können Sie hierbei besonders unterstützen, indem Sie Ihrer/Ihrem Auszubildende/-n bzw. Ihrer/Ihrem EQ-Teilnehmenden ermöglichen, an den individuellen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Assistierten Ausbildung teilzunehmen.

Erklärung des Ausbildungs-/ Qualifizierungsbetriebs

Der Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb

(Name des Ausbildungsbetriebes)

in _____
(PLZ, Ort, Straße)

erklärt sich damit einverstanden,
dass

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

während der

☐ Ausbildung oder ☐ Einstiegsqualifizierung (EQ)

an den individuellen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Assistierten Ausbildung

☐ innerhalb der betrieblichen Arbeitszeiten ☐ außerhalb der betrieblichen Arbeitszeiten

teilnimmt, um den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung/ EQ sicherzustellen.

Zur Teilnahme der/des Auszubildenden bzw. der/des EQ-Teilnehmenden an den Unterstützungsleistungen im Rahmen der Assistierten Ausbildung tauschen wir uns mit der/dem Auszubildenden bzw. der/dem EQ-Teilnehmenden und dem Maßnahmeträger aus. Der Austausch erfolgt mit dem Ziel der Stabilisierung bzw. des erfolgreichen Abschlusses der betrieblichen Berufsausbildung/ der Einstiegsqualifizierung.

(Ort)

den _____
(Datum)

(Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebs)

Auch als Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb können Sie vielseitige Unterstützungsleistungen, bspw. bei organisatorischen Belangen, in Konfliktsituationen und generell bei der Stabilisierung des Ausbildungsverhältnisses/ der Einstiegsqualifizierung erhalten. Bitte kommen Sie auf den Maßnahmeträger zu.

Der Maßnahmeträger _____ (Name, Anschrift)

führt die Assistierte Ausbildung durch.

Ansprechperson ist die/der Ausbildungsbegleiterin/ Ausbildungsbegleiter:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____