S t u n d e n n a c h w e i s

AssistentIn:…………………..…………………..Monat/Jahr:………………………………………………

Assistenznehmer...						
		Assistenzzeiten		Assistenz	Zeit	
Dat.	Wo-Tag	von:	bis:	Stunden	TEAM-Stunde	Anmerkungen
			Ass.-Stunden	Team-Std	gesamt:	

Leitung WmA: ....Datum: ....

AssistentIn

Ich bestätige, dass die Angaben dem geleisteten Dienst entsprechen.

Wird von Verwaltung ausgefüllt:

ger. ………………………… gepr. ……………………

SPÄTESTENS BIS ZUM 5. DES FOLGEMONATS ABGEBEN !