

Anschrift des Betriebes:

Vorname, Nachname

Anschrift

Postleitzahl, Ort

Angaben des Praktikanten/in:

Geb. Datum:

Geb. Ort:

Gemeinde:

SV-Nr:



mit Ausbildungsschwerpunkten
Rinderhaltung und Kooperation

**Landw. Fachschule
Vöcklabruck**

Höhenstraße 1, 4840 Vöcklabruck

Tel. 07672/72923-0, Fax: DW 50

Homepage: www.lfs-vb.at

E-Mail:

lwbfs-voecklabruck.post@ooe.gv.at

Ort

Datum

Praxisbestätigung

Ich

Heimpraxis	
Fremdpraxis	

_____, wohnhaft in, _____

_____ bestätige, dass

Herr/Frau _____ in der Zeit

von _____ bis _____

hauptberuflich/ nebenberuflich auf meinem Betrieb gearbeitet hat.
