



**Arbeitsbescheinigung für den Antrag auf  
Zulassung zur Fortbildungsprüfung nach Berufsbildungsgesetz \*)**

**Betriebsinhaber/Arbeitgeber:**

Betriebsbezeichnung		
Straße		
Postleitzahl	Ort	Landkreis

**Hiermit wird bescheinigt, dass**

Frau / Herr .....

geboren am ..... in .....

wohnhaft in .....  
Ortsteil / Straße / Postleitzahl / Wohnort

seit ..... beziehungsweise vom ..... bis .....  
Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr

in meinem / unserem oben genannten Betrieb

als .....

mit ..... Wochenstunden sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist beziehungsweise war.

**Darstellung der Tätigkeit:**

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Betriebes \_\_\_\_\_

\*) **Für jeden Betrieb ist ein gesonderter Nachweis auszustellen!**  
Stand: 01.01.2023