

ANSUCHEN SCHNUPPERTAGE

Vorname: _____ Nachname: _____
Schule: _____
Wohnadresse: _____
Telefonnummer: _____ SVNr.: _____ Geb. Datum: _____
in der Zeit vom _____ bis _____
Schnuppertage als (Beruf) _____
Alternative: _____
Telefonnummer (wer im Notfall verständigt werden soll): _____

Unfall-/Schulversicherung Ja Nein

Aus organisatorischen Gründen bitten wir **dieses Formular** samt einer **Versicherungsbestätigung** für den genannten Zeitraum an das Personalbüro der AHT Cooling Systems GmbH zu übermitteln.

Schnuppertage sind nur in Absprache mit dem Personalbüro möglich!

Wir möchten darauf hinweisen, dass das Schnuppern im gewerblichen Bereich grundsätzlich nur mit Sicherheitsschuhen möglich bzw. gestattet ist!

Ort und Datum

Unterschrift des/der Bewerber/in

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Schuldirektion
(Notwendig für AUVA Deckung)

Nur von AHT Cooling Systems GmbH auszufüllen

Übernommen zur Bearbeitung von: _____

Zusage als: _____

Datum: _____

Kontakt

AHT Cooling Systems GmbH

Personalbüro

Tel. 03614 2451 426

Fax 03614 2451 5426

Email sabine.mittermair-krivez@aht.at