|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Veranstaltende Stelle | Ort, Datum |

**Teilnahmebestätigung**nach § 15 Satz 2 Bildungsfreistellungsgesetz (BfG-MV)

|  |
| --- |
| Herr/Frau ............................................................................. geb. am ...................................... |
| wohnhaft in ........................................................................................................................................ |
| hat in der Zeit vom …………………..….…… bis …………….……………..…...  *(bitte genaue Daten angeben, TT.MM.JJJJ – TT.MM.JJJJ)*  an folgender Veranstaltung teilgenommen |
| ............................................................................................................................................................. |
| ............................................................................................................................................................. |
| ............................................................................................................................................................. |
| Die Veranstaltung ist vom Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V mit Bescheid   vom................................ (AZ .............................................................) anerkannt worden. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ........................................................................ |
|  | Stempel/Unterschrift der veranstaltenden Stelle |

Ich, als Teilnehmer, bestätigte, dass ich für o.g. Weiterbildungsmaßnahme von meinem Arbeitgeber unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes freigestellt worden bin.

|  |
| --- |
| ........................................................................ |
| Unterschrift des Teilnehmers |