

\_\_\_\_\_  
(Fortbildungsstelle)

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

**Befähigungsbericht der praktischen Fortbildung**

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Familienname)

\_\_\_\_\_  
(Dienstbezeichnung)

Fortbildungsabschnitt: \_\_\_\_\_

Fortbildungszeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fehlen infolge Krankheit \_\_\_\_\_ Tage

Fehlen infolge Urlaub \_\_\_\_\_ Tage

Fehlen infolge von unentschuldigtem Fernbleiben \_\_\_\_\_ Tage

Kurze Angabe über Art und Umfang der Tätigkeit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beurteilung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Punktzahl:

Note:

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Beurteilers)

Von vorstehendem Befähigungsbericht habe ich Kenntnis genommen.  
Der Befähigungsbericht wurde mit mir besprochen.

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Überprüfung  
durch den Fortbildungsleiter: