**Bestätigung der Tätigkeit an unserer Schule**

**als Praxisberaterin oder Praxisberater**

|  |
| --- |
| Name und Anschrift der Oberschule |
| Name der Schulleiterin oder des Schulleiters |
| Name des Projektträgers |
| Name der Praxisberaterin oder des Praxisberaters |
| Zeitraum/Zeiträume der ausgeübten Tätigkeit als Praxisberaterin oder Praxisberater |
| **Die Schulleitung bestätigt für die Vorlage zur Verwendungsnachweisprüfung, dass die Tätigkeiten der Praxisberaterin oder des Praxisberaters auf der Grundlage der entsprechenden Förderrichtlinie und der geschlossenen Kooperationsvereinbarung ordnungsgemäß ausgeführt wurden.** |
| Datum und Unterschrift Schulleitung |
| Schulstempel |

