

Bestätigung

über fehlende Möglichkeit zur Kostenübernahme durch Arbeitgeber*in

Angaben Arbeitgeber*in	
Name der Einrichtung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ/ Ort:	
Bestätigung des/r Arbeitgebenden:	
<input type="checkbox"/> Die Weiterbildung unseres/r Mitarbeitenden beruht auf seiner/ihrer Eigeninitiative <input type="checkbox"/> Wir begrüßen die Bewerbung unseres/r Mitarbeitenden für die diabetologische Weiterbildung, sehen uns aufgrund der wirtschaftlichen Situation unserer Einrichtung zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht in der Lage, die Finanzierung der Weiterbildung zu übernehmen <i>(Bitte legen Sie die unterzeichnete Anlage „Fehlende Möglichkeit zur Kostenübernahme durch Arbeitgeber*in“).</i>	

Wir begrüßen die Bewerbung unseres/r Mitarbeitenden _____
(Druckschrift: Titel, Vorname, Name)
 für die diabetologische Weiterbildung _____ und halten die Kandidatin/
(Angabe Kursart)
 den Kandidaten für geeignet.

Wir sehen uns aufgrund folgender Gründe zum jetzigen Zeitpunkt nicht in der Lage, die Finanzierung der Weiterbildung zu übernehmen. *(Bitte geben Sie stichpunktartig die Gründe an.)*

a)	
b)	

Wir bestätigen, die oben genannten Gründe für die fehlende Kostenübernahme.

Geltend nur für Kurse Diabetesedukation:

Darüber hinaus bestätigen wir, dass die Freistellung für Theoriezeiten und die praktische diabetologische Betreuung gesichert sind.

Ort, Datum

*Unterschrift *
Antragstellende/r*

Unterschrift / Stempel
Arbeitgeber*in*

**Bitte beachten Sie, dass nur handschriftliche oder elektronische Signaturen anerkannt werden können.*