



Europäische Union

Europa fördert Sachsen.



Europäischer Sozialfonds



An die  
Sächsische Aufbaubank – Förderbank –  
Abteilung Bildung

01054 Dresden

**Kundennummer**

**Antragsnummer** (lt. Zuwendungsbescheid)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

**Bestätigung zur Nachbeschäftigung  
im Vorhabensbereich Weiterbildung  
zum Arbeits- bzw. Betriebsmediziner**

Europäischer Sozialfonds (ESF) im Freistaat Sachsen  
Förderperiode 2014 - 2020

(ESF-Richtlinie Berufliche Bildung)

**1. Zuwendungsempfänger**

**Zuwendungsempfänger**

**Straße, Hausnummer**

**PLZ Ort**

Laufzeit des Vorhabens

**von** (TT.MM.JJJJ)

**bis** (TT.MM.JJJJ)

Gegenstand des Vorhabens

- Weiterbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin**  
 **Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebs-  
medizin**

**2. Arzt/Ärztin in Weiterbildung (Teilnehmer)**

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum** (TT.MM.JJJJ)

**3. Erklärung zur Nachbeschäftigung**

Es wird erklärt, dass der Teilnehmer, für dessen Weiterbildung zum Facharzt beziehungsweise zur Fachärztin für Arbeitsmedizin oder zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin eine Förderung gewährt wurde, gemäß Pkt. 3.3 Teil C der ESF-Richtlinie Berufliche Bildung nach dem Ende des Bewilligungszeitraumes mindestens 24 Monate weiterbeschäftigt wurde.

**ja**     **nein**

wenn ja:  
im Zeitraum

**von** (TT.MM.JJJJ)

**bis** (TT.MM.JJJJ)

wenn nein:

Dauer der Nachbeschäftigung

**Monate** (Anzahl)

im Zeitraum

**von** (TT.MM.JJJJ)

**bis** (TT.MM.JJJJ)

**Begründung**

Zuwendungsempfänger

<b>Ort</b>
------------

<b>Datum</b> (TT.MM.JJJJ)
---------------------------

Teilnehmer

<b>Ort</b>
------------

<b>Datum</b> (TT.MM.JJJJ)
---------------------------

<b>Unterschrift   Stempel</b>
-------------------------------

<b>Unterschrift</b>
---------------------