

**Programm 2021 – 2027 des Landes Mecklenburg-Vorpommern
für den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+)**

Angaben des Zuwendungsempfängers:

Name:

Abteilung:

Straße:

PLZ Ort:

Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

MONATLICHE BESTÄTIGUNG - STUNDENPAUSCHALE

Projekttitle:

Hiermit wird bestätigt, dass der / die Beschäftigte in dem in der Zuweisung festgelegten zeitlichen Umfang im Projekt tätig war und mindestens entsprechend entlohnt wurde:

Name, Vorname des / der Beschäftigten:	
Aktenzeichen des Zuwendungsbescheides:	
Bewilligungszeitraum:	von bis
bewilligte Einsatzzeit der / des Beschäftigten:	von bis

Die im Rahmen der Projektstätigkeit tatsächlich geleisteten Stunden sind im beigefügten Arbeitszeitznachweis dargelegt und werden bestätigt:

Monat	Jahr	Unterschrift der / des Beschäftigten

Ort, Datum

Name(n) in Druckbuchstaben

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)
des Zuwendungsempfängers

STEMPEL

Anlage: Arbeitszeitznachweis