****

**Antrag auf Genehmigung des betrieblichen Auftrags**

**Ausbildungsberuf Hauswirtschafter/Hauswirtschafterin**

Gemäß der Verordnung über die Ausbildung zum Hauswirtschafter/

zur Hauswirtschafterin vom 19.03.2020

Der Antrag ist von der Ausbilderin bzw. vom Ausbilder und dem Prüfling auszufüllen, zu unterschreiben und in einfacher Ausfertigung der Anmeldung zur Abschlussprüfung beizufügen. Zusätzlich ist der Antrag als PDF-Datei per Mail an berufsbildung@add.rlp.de zu senden.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Abschlussprüfung | [ ]  Sommer | 20      | [ ]  Winter | 20      |

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zur Prüfungsteilnehmer/in (Name, Vorname, Geburtsdatum) | Angabe zur Einrichtung, bei der der betriebliche Auftrag durchgeführt wird(Name u. Anschrift) |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewählter Schwerpunkt: | Wählen Sie einen Schwerpunkt aus. |

|  |
| --- |
| **Aufgabenstellung des betrieblichen Auftrags** |
|       |

**Beschreibung des betrieblichen Auftrags**

*Beschreiben Sie kurz und in verständlicher Form Ihren betrieblichen Auftrag.*

*Beschreiben Sie dabei Ausgangszustand (Situation vor Beginn ihres Betrieblichen Auftrags), das Ziel des betrieblichen Auftrages, die Rahmenbedingungen (Arbeitsumfeld) sowie die Aspekte der einzelnen Handlungsphasen inklusive der wesentlichen Tätigkeiten.*

*Bitte halten Sie sich an die angegebenen Feldgrößen. Geben Sie die voraussichtlich benötigte Zeit und die prozess- und produktbezogenen Unterlagen an, die voraussichtlich bei der Durchführung des Auftrags entstehen werden. Achten Sie darauf, dass der Auftrag die inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben des § 13 der Ausbildungsverordnung abdeckt und sich auf den gewählten Schwerpunkt bezieht. Abkürzungen und/oder betriebsspezifische Bezeichnungen sind zu erläutern.*

|  |
| --- |
| **Ausgangszustand, Ziel, Rahmenbedingungen**      |

|  |  |
| --- | --- |
| Handlungsphase 1 „**Planung**“ – geplante Bearbeitungszeit  | ca.       Stunden |
|       |
| Handlungsphase 2 „**Durchführung**“ – geplante Bearbeitungszeit  | ca.       Stunden |
|       |
| Handlungsphase 3 „**Nachbereitung**“ – geplante Bearbeitungszeit (inklusive Zeit für die Dokumentation, Vorbereitung der Präsentation) | ca.       Stunden |
|       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geplanter Durchführungszeitraum nach Genehmigung des betrieblichen Auftrags** Der geplante Durchführungszeitraum **von 24 Arbeitsstunden ist nicht zu überschreiten** und ist innerhalb des von der zuständigen Stelle vorgegebenen Zeitraums durchzuführen. Die 24 Arbeitsstunden können maximal auf **10 zusammenhängende Tage** verteilt werden. Die Dokumentation muss im Anschluss an die Bearbeitungszeit zur festgelegten Uhrzeit an die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion per Email (berufsbildung@add.rlp.de) gesendet werden.An folgenden Tagen erfolgt die Umsetzung: (Benennung der einzelnen Tage (inkl. Uhrzeit von - bis), an denen am betrieblichen Auftrag gearbeitet wird:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Uhrzeit von - bis** | **ggf. Pause (von - bis)** |
| **Planungsphase** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Durchführungsphase** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Nachbereitungsphase** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

 |

|  |
| --- |
| **Betreuende/r Ausbilder/in in der Ausbildungsstätte:** |
| Nachname:      | Vorname:      |
| Telefon:      | Email:      |

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung der Ausbilderin/ des Ausbilders zur Durchführung des betrieblichen Auftrags**      |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Prüfungsteilnehmer/ Prüfungsteilnehmerin:**      |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |