

Name Pflegeschule
Anschrift
PLZ + Ort

Bezirksregierung Ort
Dezernat 24
PLZ + Ort

Datum

Nachweis über die summarische Verausgabung 2019 und 2020 der Zuwendungen zum Aufbau von Kooperationsbeziehungen in der Pflegeausbildung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Zuwendungsbescheid vom *Datum (Aktenzeichen)* haben Sie uns eine Zuwendung in Höhe von *Betrag* EUR gewährt.

Verausgabung 2019:

Förderbereich 1:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Förderbereich 2:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Die Maßnahmen im Förderbereich 2 wurden unter Beteiligung folgender Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt:

Name Träger Praktischer Ausbildung, Anschrift, PLZ + Ort

Förderbereich 3:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Verausgabung 2020:

Förderbereich 1:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Förderbereich 2:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Die Maßnahmen im Förderbereich 2 wurden unter Beteiligung folgender Träger der praktischen Ausbildung durchgeführt:

Name Träger Praktischer Ausbildung, Anschrift, PLZ + Ort

Förderbereich 3:

Maßnahme:	Personalausgaben in EURO
Gesamtausgaben:	

Ich/Wir bestätige(n), dass die Angaben in diese Übersicht vollständig und richtig sind.

Ort, Datum Unterschrift(en)