



Gesundheitsamt  
Maria Graf  
Hoferbad 2  
9050 Appenzell

## Bestätigung der besuchten Ausbildung im Jahr 2020

Hiermit bestätige ich, Vorname: ..... Name: ....., dass ich mich im Jahr 2020 hauptsächlich in Ausbildung befand.

### 1. Angaben zur Ausbildung

Lehre, als: .....

Praktikum: .....

Studium: .....

Sonstiges: .....

Die Ausbildung dauert(e) von..... bis.....

Vollzeitausbildung

Teilzeitausbildung

### 2. Angaben zur Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2020 war ich von..... bis..... zu .....% erwerbstätig.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Senden Sie die unterzeichnete Ausbildungsbestätigung mit den entsprechenden Unterlagen bitte bis **spätestens Ende März 2021** an die oben aufgeführte Adresse.