Lehrgangsdokumentation

Lehrgang: ☐ EH ☐ EHT ☐ EHB ☐ MDK ☐ _____ **Datum:** _____ **Uhrzeit:** _____

Ausbilder: _____ **Kunden-Nr:** _____ **Kurs-Nr.:** _____

Blatt: _____ / _____ **BG-Name:** _____ **BG-Kurs-Nr.:** _____

Kundenstempel

Nr.	Name (in Großbuchstaben)	Vorname (in Großbuchstaben)	Geburtsdatum	Arbeitgeber Zust. Berufsgenossenschaft	Unterschrift	

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet. Der/die Teilnehmer/in erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift das Einverständnis.

DIGO Help
Martin-Heyden-Straße 49
52511 Geilenkirchen

Rainer Nelke
Ärztlicher Leiter

Maskenbox

Bescheinigt am

Unterschrift Lehrgangsleiter