

Praktikumsvertrag KBA Profil B

1. Vertragsparteien

Praktikumsbetrieb:

Firma

Kontaktperson, Telefon

Strasse

PLZ, Ort

E-Mail

Gesetzliche/r Vertreter/in (Vater/Mutter/Vormund):

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Praktikant/in:

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Heimatort, Staat

Geburtsdatum

2. Berufsbezeichnung und Dauer

Der Vertrag dauert vom

bis maximal Ende Schuljahr.

Praktikum als

3. Arbeitszeit

Stunden pro Woche

Arbeitstage pro Woche

4. Ferien und freie Tage / Schnupperlehren

Ferien gemäss OR Artikel 329a; mind. 5 Wochen. Es gilt der Ferienplan des BBZ Pfäffikon. Ausser den gesetzlichen Feiertagen werden zusätzlich folgende freie Tage gewährt:

bezahlt:

unbezahlt:

Für Schnupperlehren im Zusammenhang mit der Berufswahl kann vom Arbeitgeber unbezahlter Urlaub gewährt werden.

5. Entschädigungen

Bruttolohn in CHF

Bruttolohn pro

Zulagen

6. Schule

Der Unterricht erfolgt am Berufsbildungszentrum Pfäffikon, Schulhaus Römerrain (2 Tage pro Woche / MO+DI). Während den ersten 9 Schulwochen besuchen die Jugendlichen Fachkurse (MI bis FR). Nach Abschluss dieser Fachkurse beginnt die Arbeit in einem entsprechenden Praktikumsbetrieb (ca. ab anfangs November). Schulgeld und Schulmaterial werden durch die Praktikantin/den Praktikanten oder den gesetzlichen Vertreter bezahlt.

7. Versicherungen

Unfallversicherung

Die Praktikantin/der Praktikant ist gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) obligatorisch versichert. Die Prämien für die Berufsunfallversicherung übernimmt der Praktikumsbetrieb.

Die Prämie für die **Nichtberufsunfallversicherung** übernimmt:

Krankentaggeldversicherung

Die Prämien für die allfällige Krankentaggeldversicherung übernimmt:

8. Beendigung

Der Vertrag kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jederzeit auf Ende eines Monats gekündigt werden. Bei Schulausschluss (siehe auch unter Ausbildungsvereinbarung) kann der Praktikumsbetrieb den Praktikumsvertrag per sofort auflösen.

9. Unterschriften

**Anzahl der
Vertragsexemplare**

Ort, Datum

**Unterschrift
Praktikant/in**

**Unterschrift
Gesetzliche/r Vertreter/in**

**Unterschrift
Praktikumsbetrieb**