

STUNDENNACHWEIS FÜR STUDENTISCHE HILFSKRÄFTE

Name:

Vorname:

FB/Zentr. Einrichtung:

Name des Betreuers:

Abrechnungsmonat:

Tag	Stunden	Tag	Stunden
1.		16.	
2.		17.	
3.		18.	
4.		19.	
5.		20.	
6.		21.	
7.		22.	
8.		23.	
9.		24.	
10.		25.	
11.		26.	
12.		27.	
13.		28.	
14.		29.	
15.		30.	
		31.	
		Gesamt:	

stud. Hilfskraft:

Datum/Unterschrift

Bestätigung

Betreuer

Dekan/in des Fachbereiches/

Projektleiter/in/

Leiter/in Zentr. Einrichtung