

Bewerber/-in (Name, Vorname)
Praxisbetrieb (Bezeichnung)
Praxisbetrieb (Adresse)

Landwirtschaftsschule
Abteilung Landwirtschaft

**Bestätigung der erforderlichen Praxiszeit zur Aufnahme in die Landwirtschaftsschule
(Abteilung Landwirtschaft)
§ 22 BayAgrSchO**

Nach § 22 der Bayerischen Agrarschulordnung setzt die Aufnahme in die Landwirtschaftsschule, Abteilung Landwirtschaft,

- einen Berufsabschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf der Landwirtschaft
- und zusätzlich ein Jahr einschlägige Berufspraxis voraus.

Wir bestätigen hiermit, dass Herr/Frau _____
in meinem/unserem landwirtschaftlichen Betrieb im Zeitraum von _____ bis _____ ein Jahr Berufs-
praxis abgeleistet hat.

Als Bewerber bestätige ich, dass ich neben der Tätigkeit im oben genannten landwirtschaftlichen Betrieb keiner hauptberuf-
lichen außerlandwirtschaftlichen Tätigkeit nachgegangen bin. (Nur ankreuzen falls zutreffend!)

Hinweis:

Nebenberufliche landwirtschaftliche Tätigkeiten können bei der Zulassung zur Landwirtschaftsschule und zur Meisterprüfung höchstens bis zur Hälfte ihrer Dauer angerechnet werden. Eine Zulassung zum Besuch der Landwirtschaftsschule, Abt. Landwirtschaft kann ggf. erst nach zwei Jahren Berufspraxis bzw. eine Zulassung zur Meisterprüfung erst nach vier Jahren Berufspraxis erfolgen.

Informationen zum Datenschutz:

Verantwortlich für die Verarbeitung der vorstehend angegebenen personenbezogenen Daten ist die zuständige Landwirtschaftsschule. Diese Daten werden zur Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen an der Landwirtschaftsschule benötigt und werden nach Ablauf des Schuljahres, in dem die Schule verlassen wird, ein Jahr gespeichert. Die personenbezogenen Daten können an die jeweils zuständigen Regierungen, SG 61 weitergeleitet werden.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre diesbezüglichen Rechte können Sie im Internet auf der Homepage des Amtes für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AELF), mit dem die Landwirtschaftsschule verbunden ist, unter „Datenschutz“ abrufen.“

Ort, Datum

Unterschrift Praxisbetrieb

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber