

## Bestätigung des Ausbildungsbetriebes

Hiermit bestätige ich,

.....  
Name und Anschrift der/des Betriebsinhaberin/Betriebsinhaber

.....  
dass für meinen landwirtschaftlichen Betrieb zum Zeitpunkt des Lehrgangbeginns am LVFZ  
Spitalhof Kempten, an dem meine/mein Auszubildende/r

.....  
Name der Lehrgangsteilnehmerin/des Lehrgangsteilnehmers

teilnimmt, keine tierseuchenrechtlichen Sperren vorliegen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Betriebsinhaberin/Betriebsinhabers

## Bestätigung des Heimatbetriebes

Hiermit bestätige ich,

.....  
Name und Anschrift der/des Betriebsinhaberin/Betriebsinhabers

.....  
dass für meinen landwirtschaftlichen Betrieb zum Zeitpunkt des Lehrgangbeginns am LVFZ  
Spitalhof Kempten, an dem meine Tochter/mein Sohn/ich selbst

.....  
Name der Lehrgangsteilnehmerin/des Lehrgangsteilnehmers

teilnimmt/teilnehme, keine tierseuchenpflichtigen Sperren vorliegen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Betriebsinhaberin/Betriebsinhabers