**TÄTIGKEITSNACHWEIS**

**(für ausschließlich im EIP-Projekt tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)**

|  |  |
| --- | --- |
| Operationelle Gruppe: |  |
| EIP-Agri.NRW Projekt: |  |
| Monat: |  |
| Jahr: |  |
| Mitarbeiter/-in: |  |
| Projektpartner: |  |
| Stellenanteil beim Projektpartner: | Prozent |
| Leistungsgruppe: |  |
| Tätigkeitsbeschreibung:  (für die im Bezugsmonat durchgeführten Tätigkeiten) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift (Mitarbeiter/-in)

Hiermit erkläre ich, dass der / die o.g. Mitarbeiter / Mitarbeiterin im genannten Zeitraum entsprechend seiner Eingruppierung mit seinem / ihrem lt. Arbeitsvertrag vorgesehenen oben genannten Stellenanteil ausschließlich für das genannte EIP.Agri.NRW Projekt tätig war und entsprechend entlohnt worden ist bzw. eine Entgeltfortzahlung erhalten hat.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift (Vorgesetzte/r / Projektkoordinator/-in)