|  |  |
| --- | --- |
| Stmkwappen | **Land- & forstwirtschaftliche Lehrlings- & Fachausbildungsstelle (LFA) bei der Landwirtschaftskammer Steiermark**  8010 Graz, Hamerlinggasse 3  Tel.: 0316/8050-1307; Fax: DW 1517  [lfa@lk-stmk.at](mailto:lfa@lk-stmk.at), [www.lehrlingsstelle.at](http://www.lehrlingsstelle.at) |

|  |  |
| --- | --- |
| ***IBA-TQ*** | ***Ausbildungsvertrag gem. § 11b LFBAG Stmk. (Teilqualifikation) in der Land- und Forstwirtschaft*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausbildung (Bitte ankreuzen bzw. Sparte anführen!)** | | **Genehmigungsvermerk der LFA Steiermark** |
| Fremdlehre  Heimlehre | Anerkannter Lehrbetrieb  Ausbildungseinrichtung | Diesem Ausbildungsverhältnis wird gemäß § 11e Abs. 1 des LFBAG Stmk., LGBl. Nr. 65/1991 i.d.g.F. die Genehmigung erteilt. |
| **Ausbildungssparte (Lehrberuf):** | | Von der Lehrlings- und Fachausbildungsstelle auszufüllen:  Graz, am |
| **Bitte senden Sie den Ausbildungsvertrag in 4-facher Ausfertigung zur Genehmigung an die LFA Steiermark!** | | Stempel und Unterschrift  Lehrlings- und Fachausbildungsstelle Steiermark |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ausbildungsbetrieb**   **Bitte digital oder gut leserlich in Druckschrift ausfüllen!** | | | | | | |
|  | | | | | |  |
| Ausbildungsbetrieb + Ausbildungsstandorte | | | | | | Betriebsnummer |
|  | |  | | | |  |
| Adresse | | PLZ + Ort | | | | Gemeinde |
|  | |  | | | | |
| Telefon, Handy | | E-Mail | | | | |
|  | |  | | | | |
| Fax | | Web | | | | |
|  | | | | | | |
| AusbilderIn – Vorname Name / Geburtsdatum | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| 1. **Auszubildende/r**   **Bitte digital oder gut leserlich in Druckschrift ausfüllen!** | | | | | | |
|  | | | | | |  |
| Vorname Name | | | | | | Staatsbürgerschaft |
|  | | | | |  | |
| Adresse | | | | | PLZ + Ort | |
|  |  | | | |  | |
| Sozialversicherungs-Nr. | Geburtsdatum | | | | Geburtsort | |
|  | | | | |  | |
| Telefon, Handy | | | | | E-Mail | |
|  | | | | |  | |
| Zuletzt besuchte Schule | | | | | Abgangsklasse | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Gesetzliche/r VertreterIn des/der Auszubildenden**   **Bei minderjährigen Auszubildenden bitte unbedingt angeben!** | | | | | | |
|  | | | | | |  |
| Vorname Name | | | | | | Geburtsdatum |
|  | | | | |  | |
| Adresse | | | | | PLZ + Ort | |
|  | | | | |  | |
| Telefon, Handy | | | | | E-Mail | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Ausbildungszeit**   **Die Dauer der Ausbildung kann zwischen 1 Jahr und 3 Jahre betragen.** | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| Ausbildungsbeginn | | | | | Ausbildungsende | |
|  | | | | | | |
| Etwaige Anmerkungen zur Ausbildungsdauer bzw. Arbeitszeit | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Berufsausbildungsassistenz**   **Name und Institution** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Institution | VertreterIn (BetreuerIn) Name Vorname | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| Adresse | | | | | PLZ + Ort | |
|  | | | | |  | |
| Telefon, Handy | | | | | E-Mail | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Teilqualifikation(en) aus folgendem(n) Lehrberuf(en)**   **Fertigkeiten & Kenntnisse (Ausbildungsziele)**  **Die zu vermittelnden Fertigkeiten und Kenntnisse können als eigene Beilage ergänzt werden!** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Lehrberufe(n) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Fertigkeiten & Kenntnisse | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Berufsschulbesuch**   **Für Personen, die in einer Teilqualifikation ausgebildet werden, besteht nach Maßgabe der Festlegungen nach § 11d LFBAG 1991 die Pflicht bzw. das Recht zum Besuch der Berufsschule.** | | | | | | |
| Der/Die Auszubildende wird die Berufsschule besuchen: | | | | JA  NEIN | | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Vereinbarung**   **Etwaige sonstige Vereinbarungen müssen auf einem Extrablatt angeführt u. unterzeichnet werden.** | | | | | | |
| **Allgemein (Rechte & Pflichten):**   * Für das Ausbildungsverhältnis gelten die Bestimmungen der Steiermärkischen Landarbeitsordnung, LGBl. Nr. 39/2002 und des Steiermärkischen Land- und forstwirtschaftlichen Berufsausbildungsgesetzes LGBl. Nr. 65/1991 in den jeweils geltenden Fassungen. * Die VertragspartnerInnen erklären durch ihre Unterschrift, dass der/die Auszubildende den Erfordernissen der Bundesrichtlinie des Bundessozialamtes für die Integrative Berufsausbildung entspricht. | | | | | | |
| **Ausbildungsentschädigung:**   * Die Höhe der Ausbildungsentschädigung ist kollektivvertraglich und gesetzlich geregelt. | | | | | | |
| **Behaltepflicht:**   * Zur Erfüllung der Behaltepflicht wird für die Dauer der gesetzlich bzw. kollektivvertraglich vorgeschriebenen Behaltezeit ein befristetes Dienstverhältnis abgeschlossen. * Für den Fall, dass wirtschaftliche Gründe für eine behördliche Bewilligung zur Kündigung vor Ablauf der Behaltefrist vorliegen, wird ausdrücklich die Kündbarkeit des Dienstverhältnisses unter Einhaltung einer zweiwöchigen Kündigungsfrist zum Monatsende vereinbart. Das Dienstverhältnis wird überdies unter der ausdrücklichen Bedingung abgeschlossen, dass nach Ende der Ausbildungszeit eine Behaltepflicht konkret besteht. Sollte diese dem Arbeitgeber behördlich erlassen werden, gilt das Dienstverhältnis daher als nicht abgeschlossen. | | | | | | |
| Ort: | | | Datum: | | | |
| Unterschrift  Ausbildungsbetrieb bzw.  Ausbildungsberechtigte/r | | | Unterschrift  Auszubildende/r | | | |
| Unterschrift  AusbilderIn | | | Unterschrift  gesetzliche/r  VertreterIn | | | |
|  | | | | |  | |
| 1. **Verbindliche Erklärung über die Durchführung der Integrativen Berufsausbildung** | | | | | | |
| **Allgemein:**   * Verbindliche Erklärung des AMS, des Bundessozialamtes, einer Einrichtung einer Gebietskörperschaft oder einer Gebietskörperschaft über die Durchführung der IBA. * Bestätigung gemäß § 11c LFBAG | | | | | | |
| Ort: | | | Datum: | | | |
| Bestätigung und  Unterschrift des AMS | | | | | | |