

PRAXISBESTÄTIGUNG FÜR DIE ZULASSUNG ZUR FACHARBEITER:INNENPRÜFUNG FELDGEMÜSEBAU



NÖ Land- und forstwirtschaftliche
Lehrlings- und Fachausbildungsstelle
Wiener Straße 64, 3100 St. Pölten

1. Name, Adresse des/der Prüfungswerbers:in

Vor- und Zuname:

Straße / Haus-Nr.:

Postleitzahl / Ort:

Betriebsnummer:

Tel.Nr.:

2. Name, Adresse des Praxisbetriebes

Vor- und Zuname:

Straße / Haus-Nr.:

Postleitzahl / Ort:

Betriebsnummer:

Tel.Nr.:

Welchen Bezug hat der Antragsteller/ die Antragsteller:in zum Betrieb:

Sonstige:

3. Praxiszeit

a) hauptberuflich seit

bzw.

von

bis

und

von

bis

und

b) nebenberuflich seit

bzw.

von

bis

und

von

bis

und

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in der Landwirtschaft:

Stunden

4. Beschreibung des Landw. Praxisbetriebes

Vollerwerbsbetrieb

ja

nein

Grundbesitzverhältnisse

Kulturarten

Eigenbesitz

..... ha

Acker

..... ha

Zugepachtet

..... ha

Grünland

..... ha

Verpachtet

..... ha

Weingärten

..... ha

Bewirtschaftete Fläche

..... ha

Wald

..... ha

Bauareal, Sonstiges

..... ha

Einheitswert der bewirtschafteten Fläche

.....

Größe der Gemüseflächen (inkl. Mehrfachnutzung)

..... ha

..... ar

Gewächshaus (Glas oder Folie)

ja

nein

..... ar

5. Gemüseart

ha ar ha ar
ha ar ha ar
ha ar ha ar

Gemüsebauliche Spezialgeräte:

Bewirtschaftungsart des Gemüsebaubetriebes

- konventionell
 biologisch
 integriert

Lagerungsmöglichkeit

- normal
 kühl
 kontrollierte Atmosphäre

Vermarktung

- Genossenschaftliche Vermarktung
 Belieferung von Händler:innen

- Direktvermarktung (Ab Hof)
 Lieferung an Verarbeitungsbetriebe

6. Gemüseverarbeitung

Verarbeitungsprodukte:

Verarbeitungsschritte:

Vermarktung:

Spezielle Maschinen und Geräte für die Verarbeitung:

7. Durchgeführte Arbeiten des/der Prüfungswerber:in

Tägliche Arbeiten (Art, Zeitaufwand):

Saisonarbeiten:

8. Bestätigung des/der Prüfungswerber:in

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass oben angeführte Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben strafbar sind.

Datum, Unterschrift

Bestätigung des/der Praxisbetriebsführers:in

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass oben angeführte Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben strafbar sind.

Datum, Unterschrift