



**Berufsschule für Detailhandel und Pharmazie Zürich**

# **Vorlehrvertragsauflösung im gegenseitigen Einvernehmen**

## **Vorlehlernende/r**

**Familienname**

**Vorname**

**Strasse**

**PLZ, Ort**

**Geburtsdatum**

## **Vorlehrbetrieb**

**Firmenname**

**Strasse**

**PLZ, Ort**

## **Angaben zur Vorlehrvertragsauflösung**

**Auflösung per:**

Innerhalb der Probezeit?

☐ ja

☐ nein

**Grund der Auflösung:**

Bei Lehrbetriebswechsel bitte den neuen Lehrbetrieb unter Bemerkungen angeben.

**Bemerkungen:**

## **Lohn- und Ferienanspruch/Arbeitszeugnis**

- ▶ Der Vorlehrbetrieb erstellt eine Abrechnung per Saldo aller Ansprüche.
- ▶ Gemäss OR Art. 346a ist der lernenden Person ein Arbeitszeugnis / Arbeitsbestätigung auszuhändigen.

## **Unterschrift der Vertragsparteien**

Ort, Datum:	Unterschrift Lernende Person
Unterschrift & Stempel Vorlehrbetrieb	Unterschrift gesetzliche Vertretung

**Wir bitten Sie, das Formular auszufüllen, zu unterschreiben und eine Kopie einzusenden an:** Berufsschule für Detailhandel und Pharmazie Zürich, Niklausstrasse 16, 8090 Zürich oder per E-Mail an [sekretariat.dpz@edu.zh.ch](mailto:sekretariat.dpz@edu.zh.ch).