

Name/Adresse der Einrichtung

Praxisbestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr

in unserer Einrichtung in der Funktion alstätig ist.
(PraktikantIn, Zweitkraft etc.)

Beginn der Tätigkeit:

Umfang der Tätigkeit:

Die Tätigkeit ist unbefristet befristet bis (bitte ankreuzen)

Name, Funktion und Ausbildung des Praxisanleiters/der Praxisleiterin:

Vorstand und Kollegium begrüßen die Anmeldung zur dieser Qualifizierung und werden die Teilnahme am Unterricht durch Freistellung ermöglichen.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel)