HEILPÄDAGOGIK Bachelor of Arts / B.A.
berufsbegleitendes Online Studium mit Präsenzphasen

Bescheinigung der Berufstätigkeit
Anlage zum Antrag auf Zulassung zum Studium

Hiermit wird bestätigt, dass

Vorname Nachname _____ geb. am _____

in unserer Einrichtung / Organisation mit mindestens 20 h / Woche

seit / ab _____(Datum)

als _____(Tätigkeitsbezeichnung)

tätig ist und folgende Tätigkeiten ausübt:

(Bitte stichpunktmäßig auflisten)

Einrichtung / Organisation

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Praxisbegleitung/
Ansprechperson _____

Ort, Datum Stempel Unterschrift