



ABSCHLUSSBESCHEINIGUNG PM PRAXISMODUL (224 STD.)

Ausgefülltes Formular nach Beendigung des Praktikums als PDF an das Praxisreferat schicken!

Praxisstelle _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Hiermit wird bescheinigt, dass

(Vorname, Name) _____

in der Zeit vom _____

bis _____

das erforderliche

Praktikum im Umfang von **224 Stunden** erfolgreich in unserer Einrichtung abgeleistet hat.

DIE PRAXISSTELLE:

.....
(Unterschrift und Stempel der Praxisstelle)

.....
(Datum)

MATRIKEL-NR.: _____

BA-Studiengang Sozialarbeit/Sozialpädagogik:

VOLLZEIT

TEILZEIT

Vorname, Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Praxisbegleitveranstaltung wurde besucht bei der*dem Dozent*in:

ORIGINAL FÜR EIGENE UNTERLAGEN AUFBEWAHREN!