



1.3. ABSCHLUSSBESCHEINIGUNG PM PRAXISMODUL (224 STD.)

DIESES FORMULAR ZU BEGINN DES FOLGENDEN SEMESTERS DEM PRAXISREFERAT VORLEGEN

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 Dozentin/ dem Dozenten:
