



## 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:

\_\_\_\_\_