



2.3. ABSCHLUSSBESCHEINIGUNG SA (640 STD.)

DIESES FORMULAR ZU BEGINN DES FOLGENDEN SEMESTERS DEM PRAXISREFERAT VORLEGEN!

MATRIKEL-NR: _____

Vorname, Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Praktikumsstelle _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

(genaue Bezeichnung mit Anschrift und Telefon)

Hiermit wird bescheinigt, dass

(Vorname, Name) _____

in der Zeit vom _____ **bis** _____ **das erforderliche**

Praktikum im Umfang von 640 Stunden erfolgreich in unserer Einrichtung abgeleistet hat.

.....
(Stempel der Praxisstelle)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der Praxisanleitung / Einrichtungsleitung)

AUSGEFÜLLTES FORMULAR KOPIEREN UND DAS ORIGINAL DEM PRAXISREFERAT VORLEGEN!