

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 _____

Ansprechperson _____

Ort, Datum _____ Stempel _____ Unterschrift _____