

**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 stichpunktartig auflisten)

Einrichtung / Organisation

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ansprechperson \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_