Nachweis

Certificate

QUALIpass

Herr / Frau

hat in unserem Verein, unserer Einrichtung, unserem Betrieb, unserer Schule eine praktische Tätigkeit absolviert.

Mr. / Mrs ... finished a practical training in our facility / organisation / company / school

Praxisstelle

Facility / organisation / company / school

Anschrift

Address

Dauer und Zeitumfang der Tätigkeit

Duration of activity

Telefon

Telephone

Tätigkeitsschwerpunkte

Work focus

Wahrgenommene Stärken

Strengths

Praxisbetreuer / in

Supervisor

Stempel

Ort / Datum

Unterschrift