



Nachweis

Certificate

QUALIPass

▶ **Herr / Frau**

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

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

▶ **Praxisstelle**

_____ *Facility / organisation / company*

▶ **Anschrift**

_____ *Address*

▶ **Dauer und Zeitumfang der Tätigkeit**

_____ *Duration of activity*

▶ **Telefon**

_____ *Telephone*

▶ **Tätigkeitsschwerpunkte**

Work focus

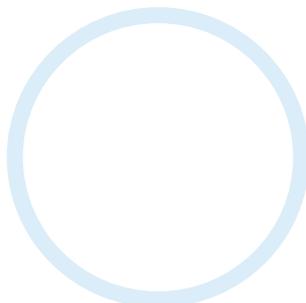
▶ **Wahrgenommene Stärken**

Strengths

▶ **Praxisbetreuer/in**

_____ *Supervisor*

Stempel



▶ **Ort / Datum**

▶ **Unterschrift**
