Bildungsstätte für Pflegeberufe Fulda
der Arbeiterwohlfahrt Nordhessen gGmbH

Bestätigung zur Durchführung des Pflichtpraktikums

Hiermit wird dem Schüler / der Schülerin _____
Name Schüler/Schülerin

der AWO-Bildungsstätte für Pflegeberufe Burghaun/Fulda bestätigt, dass er/sie in der Zeit von

_____bis_____ und
Zeitraum des Pflichtpraktikums

_____bis_____
Zeitraum des Pflichtpraktikums

in unserer Einrichtung / in unserem Mobilen Dienst

_____
Name und Adresse der Einrichtung/des Dienstes

ein Pflichtpraktikum im Rahmen der Ausbildung macht.

_____
Stempel und Unterschrift

Bestätigung durch den Arbeitgeber:

Hiermit bestätigen wir _____ über den
TdpA

oben angegebenen Zeitraum und den Ort des Pflichtpraktikums unseres Auszubildenden Kenntnis zu haben.

_____
Stempel und Unterschrift TdpA

Freigabe: 07.05.2025, PSt