

**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