

## Zusicherung der studienbegleitenden Praxisausbildungsstelle

Wir bestätigen, dass Frau/Herr

Name, Vorname

Adresse

PLZ/Ort

die studienbegleitende Praxisausbildung mit Beginn  
in unserer Organisation, mit einer Anstellung von mindestens % absolvieren kann.

Name der Organisation

Adresse

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Name der Organisationsleitung

- Als Praxisausbildungsorganisation anerkannt.**
- Nicht als Praxisausbildungsorganisation anerkannt, bitte Verfahren einleiten.**  
(Bitte das Formular Einleitung Anerkennung Praxisorganisation ausfüllen).

**Name der/des künftigen Praxisausbildenden:**

- Als Praxisausbildende/r anerkannt.**
- Nicht als Praxisausbildende/r anerkannt.**  
(Bitte das Formular Einleitung Anerkennung Praxisausbildende ausfüllen)

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift der Organisationsleitung