



Nachweis

QUALIPass

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

Dauer/ Umfang: _____

Praxisstelle: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Tätigkeiten:

Wahrgenommene Stärken:

Praxisbetreuer _____

Ort/ Datum _____

Stempel

Unterschrift _____