

Bescheinigung für einen Ausbildungsplatz als Pflegefachperson



Auszubildende*r:

Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Ausbildungsstätte – Träger der praktischen Ausbildung:

Name der Einrichtung:	
Adresse der Einrichtung:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Ansprechpartner*in:	

Angaben zur Ausbildung:

Beginn der Ausbildung:	
Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	
Ausbildungsbereich:	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationäre Langzeitpflege

Schulwechsellatbestand liegt vor

Verkürzungstatbestand liegt vor

Bestätigung: Hiermit bestätigen wir, dass die oben genannte Person ab dem _____ (Beginn der Ausbildung) in unserem Hause als Auszubildende*r zur Pflegefachperson tätig sein wird. Die Ausbildung erfolgt gemäß den Vorgaben des Pflegeberufgesetzes und richtet sich nach der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (PflAPrV).

Unterschrift der Ausbildungsstätte:

Unterschrift und Stempel der Einrichtung

Ort, Datum

Name des/der Unterzeichnende*n in Druckbuchstaben:	
Funktion:	

Unterschrift Auszubildende*r:

Unterschrift Auszubildende*r

Ort, Datum