QUALIPass

Zertifikat für praktische Tätigkeiten

Nachweis Certificate

Name

hat in unserem Verein, unserer Einrichtung,
unserem Betrieb, unserer Schule eine
praktische Tätigkeit absolviert.

*Mr. / Ms. ... finished a practical training / an
activity / a voluntary service in our facility /
organisation / company / school.*

Praxisstelle

Facility/organisation/company

Anschrift

Address

Dauer und Zeitumfang der Tätigkeit

Duration of activity

Telefon

Telephone

Tätigkeitsschwerpunkt

Work focus

Wahrgenommene Stärken

Strengths

Praxisbetreuer:in

Supervisor

Ort / Datum

Unterschrift