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

Telefon
Telephone

Dauer und Zeitumfang der Tätigkeit
Duration of activity

Tätigkeitsschwerpunkt

Work focus

Wahrgenommene Stärken

Strengths

Praxisbetreuer:in

Supervisor

Ort / Datum

Unterschrift

HIER KLICKEN UND EIGENES LOGO EINFÜGEN