

# QUALIPass

Nachweis

Certificate

QUALIPass

▶ Herr / Frau

\_\_\_\_\_  
hat in unserem Verein, unserer Einrichtung,  
unserem Betrieb, unserer Schule eine prakti-  
sche Tätigkeit absolviert.

*Mr. / Mrs ... finished a practical training in our  
facility / organisation / company / school*

▶ Praxisstelle

\_\_\_\_\_  
*Facility / organisation / company / school*

▶ Anschrift

\_\_\_\_\_  
*Address*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▶ Dauer und Zeitumfang der Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
*Duration of activity*

\_\_\_\_\_

▶ Telefon

\_\_\_\_\_  
*Telephone*

\_\_\_\_\_

▶ Tätigkeitsschwerpunkte

*Work focus*

\_\_\_\_\_

▶ Wahrgenommene Stärken

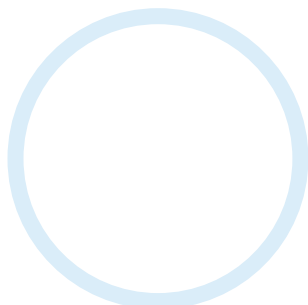
*Strengths*

\_\_\_\_\_

▶ Praxisbetreuer / in

*Supervisor*

Stempel



▶ Ort / Datum

\_\_\_\_\_

▶ Unterschrift

\_\_\_\_\_