**MITTEILUNG DER PRAXISANLEITER\*INNEN:**

**NAME:       VORNAME:

Straße:       PLZ:       Wohnort:

Tel.** (privat)**:** **Tel.** (dienstlich)**:**

**E-mail**:

**BEZEICHNUNG DER DIENSTSTELLE:

Straße:       PLZ:       Ort:**

[ ] **Ich bin bereit** gelegentlich als Vertreter\*in in der Berufspraxis an Kolloquien von Sozialarbeiter\*innen im Anerkennungsjahr, die mich **nicht** als Praxisanleite\*in benannt haben, mitzuwirken.
Zu diesem Zweck bin ich damit einverstanden, dass meine oben angegebenen persönlichen Daten bis zum Widerruf gespeichert und meine dienstliche Telefonnummer und E-Mailadresse an einzelne Sozialarbeiter\*innen im Anerkennungsjahr weitergeben werden.

[ ] **Ich bin nicht bereit** an Kolloquien mitzuwirken.

[ ] **Ich möchte vom Praxisreferat Soziale Arbeit per Email an o. g. Adresse Informationen zum Thema Anerkennungsjahr und Praxisanleitung erhalten.**

Frankfurt University of Applied Sciences
**Fachbereich 4 - Soziale Arbeit und Gesundheit**Praxisreferat Soziale Arbeit
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main

Hiermit bestätige ich, dass ich die Praxisanleitung von

Frau/Herrn

 , Absolvent/-in

[ ]  Bachelor Soziale Arbeit [ ]  Äquivalenzverfahren

während des Anerkennungsjahres in der Zeit vom  bis
in folgender Ausbildungsstelle übernommen habe:
Ich habe die Ausbildung(Studienfach) zur/zum beendet.

[ ]  Ich verfüge über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung als Sozialarbeiter\*in/Sozialpädagog\*in mit staatlicher Anerkennung in der Sozialen Arbeit.

[ ]  Ich verfüge über mindestens 3 Jahre Berufserfahrung als  (z. B. Diplom Pädagog\*in) in der Sozialen Arbeit.

DATUM:  UNTERSCHRIFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_