**MITTEILUNG DER PRAXISANLEITER\*INNEN:**

**NAME: VORNAME:

Straße: PLZ: Wohnort:

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

**E-mail**:

**BEZEICHNUNG DER DIENSTSTELLE:

Straße: PLZ: Ort:**

**O** **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.

**O** **Ich bin nicht bereit** an Kolloquien mitzuwirken.

**O 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 O Bachelor Soziale Arbeit

 O Äquivalenzverfahren

während des Anerkennungsjahres in der Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in folgender Ausbildungsstelle übernommen habe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ich habe die Ausbildung(Studienfach) zur/zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beendet.

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

O Ich verfüge über mindestens 3 Jahre Berufserfahrung als \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (z. B. Diplom Pädagog\*in) in der Sozialen Arbeit.

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