

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 Anerkennungs-jahr, 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 Anerkennungs-jahr weitergeben werden.
- Ich bin nicht bereit** an Kolloquien mitzuwirken.
- Ich möchte vom Praxisreferat Soziale Arbeit per Email an o. g. Adresse Informationen zum Thema Anerkennungs-jahr 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 Anerkennungs-jahres 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/Sozialpädagoge*in mit staatlicher Anerkennung in der Sozialen Arbeit.

Ich verfüge über mindestens 3 Jahre Berufserfahrung als _____
(z. B. Diplom Pädagoge*in) in der Sozialen Arbeit.

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____