Stand: 8.5.2017

h_da
HOCHSCHULE DARMSTADT
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
fbs
FACHBEREICH SOZIALE ARBEIT

Bescheinigung des Hospitationstages

im Rahmen der Studien(eingangs)gruppe

Datum des Hospitationstages .....

Studierende_r:

Name: .....

Anschrift: .....

.....

Matrikelnr.: .....

Praxisstelle:

Träger: .....

Einrichtung: .....

Anschrift: .....

.....

Hiermit wird bestätigt, dass der_die o.g. Studierende den Hospitationstag im Umfang von 6 Zeitstunden in unserer Einrichtung absolviert hat.

Stempel der Einrichtung

Datum und Unterschrift der anleitenden Fachkraft