

Bestätigung des Arbeitgebers für die berufliche Tätigkeit bei berufsbegleitendem Studium

Master Logopädie

1 Interessierte Person

Name, Vorname _____

Umfang in Stellenprozent _____

Funktionsbezeichnung _____

Angestellt seit _____

Bitte ankreuzen:

Arbeitstätigkeit im Bildungssystem

Arbeitstätigkeit im Gesundheitswesen

Mit Beginn des Studiums ist eine Anstellung in einem logopädischen Arbeitsfeld zu mind. 20% nachzuweisen.

2 Anstellende Instanz (Arbeitgeber)

Name _____

Strasse _____

Ort / Kanton _____

Kontaktperson / Funktion _____

Telefon / E-Mail _____

Wir nehmen vom Umfang der Ausbildung und von der dafür notwendigen Freistellung der Studentin/des Studenten Kenntnis und sind damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Institution

Stand Oktober 2021. Änderungen vorbehalten.