

Bestätigung des Arbeitgebers für die berufliche Tätigkeit bei berufsbegleitendem Studium

Master Psychomotoriktherapie

1 Interessierte Person

Name, Vorname _____

Umfang in Stellenprozent _____

Funktionsbezeichnung _____

Angestellt seit _____

Mit Beginn des Studiums ist eine Anstellung in einem Arbeitsfeld der Psychomotoriktherapie 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 2022. Änderungen vorbehalten.