

Bestätigung des Arbeitgebers für die berufliche Tätigkeit bei berufsbegleitendem Studium

Master Sonderpädagogik Vertiefungsrichtung Schulische Heilpädagogik

1 Interessierte Person / Tätigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung

Name, Vorname _____

Funktionsbezeichnung _____

Umfang in Stellenprozent _____

Institution

- Schule
- Heilpädagogische Institution
- Sonderpädagogischer Dienst

Angestellt seit _____

Ist die studieninteressierte Person an Ihrer Schule aktuell in der Funktion als SHP tätig?

- Nein (bitte beachten Sie, dass mit Beginn des Studiums eine Anstellung als SHP von mind. 20% nachzuweisen ist)
- Ja (bitte kreuzen Sie in jedem der nachfolgenden Bereiche a-c an)

a) Funktion:

- Lehrtätigkeit
- Beratungstätigkeit
- Projektleitung
- Teamleitung

b) Heilpädagogischer Fachbereich:

- Lernen
- Verhalten
- Hören
- Sehen
- Körperlich-motorische Entwicklung
- Geistige Entwicklung

c) Altersstufe:

- Zyklus 1
- Zyklus 2
- Zyklus 3

2 Umfang der Ausbildung

- Modular aufgebautes Studium mit insgesamt 90 ECTS-Punkten
- 1-2 Tage Kontaktstudium (Präsenz oder Online)
- 1-2 Tage begleitetes Selbststudium
- Zusätzlich freies Selbststudium

3 Arbeitgeberin / Arbeitsort

Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Kanton _____

Kontaktperson / Funktion _____

Wir nehmen vom Umfang der Ausbildung und von der dafür notwendigen Freistellung der interessierten Person Kenntnis und sind damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitgeberin

Stand April 2025. Änderungen vorbehalten.