

Pflichtformular: Meldung Praktische Tätigkeit

TeilnehmerIn:
(Vorname, Nachname)

Jahrgang: Verfahren: TP-PP VT-PP

Praktische Tätigkeit wird durchgeführt in (Name der Einrichtung):

(Achtung: damit Ihre Praktische Tätigkeit anerkannt werden kann, muss die Einrichtung auf der Liste der Kooperationspartner der PHB aufgeführt sein)

.....
.....

Von: bis:..... mit einem Stundenumfang von mindestens:

Art der Praktischen Tätigkeit:

Psychosomatik Praktikum (600 Stunden über einen Zeitraum von mind. 6 Monaten)

Und/oder

Klinisch-Psychiatrisches Praktikum (1200 Stunden über einen Zeitraum von mind. 12 Monaten)

.....
Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular vor Beginn Ihrer Praktischen Tätigkeit im Sekretariat der Geschäftsstelle bei Frau Robak (Raum 311) abgegeben werden muss.