Name der Einrichtung

Adresse der Einrichtung

Tel.:

E-Mail:

**Zustimmung zur Teilnahme an der Weiterbildung zur Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege oder onkologische Pflege im Rahmen des Bachelor-Studiengangs „Praxisorientierte Pflegewissenschaft“ der Georg-August-Universität Göttingen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stimmen wir der Teilnahme von:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vor-, Nachname** |  | |
| **Geburtsdatum** |  | |
| **Weiterbildung zur Fachkraft für**  **Intensiv- und Anästhesiepflege** | Zutreffende Weiterbildung bitte ankreuzen |  |
| **Weiterbildung zur Fachkraft für onkologische Pflege** | Zutreffende Weiterbildung bitte ankreuzen |  |

im Rahmen des Studiums „Praxisorientierte Pflegewissenschaft“ an der Medizinischen Fakultät der Universitätsmedizin Göttingen zu. Es ist uns bekannt, dass für die Teilnahme ein Kooperationsvertrag unserer Einrichtung als Arbeitgeber mit der Bildungsakademie der Universitätsmedizin Göttingen zu schließen ist.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name / Unterschrift Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel