Name der Einrichtung

Adresse der Einrichtung

Tel.:

E-Mail:

**Nachweis der pflegerischen Berufserfahrung für die fachbezogene Hochschulzugangsberechtigung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir, dass

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor-, Nachname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Beginn und ggf. Ende des Arbeitsverhältnisses** |  |
| **Wöchentliche Arbeitszeit** |  |
| **Berufsbezeichnung** |  |
| **Krankenhaus** |  |
| **Abteilung / Station** |  |

im benannten Krankenhaus beschäftigt ist/ war.

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

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

Stempel