HfH Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik

Bestätigung des Arbeitgebers für die berufliche Tätigkeit

Masterstudium Sonderpädagogik Vertiefungsrichtung Schulische Heilpädagogik

Interessierte Person

Name, Vorname _____

Umfang in Stellenprozenten _____%

Funktionsbezeichnung _____

angestellt seit _____

❑ unbefristet, seit (Datum) _____

❑ befristet bis (Datum) _____

Umfang der Ausbildung

- 4 bis max. 8 Semester
- 1 bis 2 Tage Kontaktstudium (HfH) pro Woche während der Semester
- 1 Tag angeleitetes Selbststudium (in Lerngruppen oder selbstorganisiert) pro Woche während der Semester
- 1 Tag individuelles Selbststudium (selbstorganisiert)
- Selbstorganisierte Studienzeit für Projektstudium/Masterarbeit

Bitte ankreuzen:

❑ Unterricht im Sonderschulbereich (Kleinklasse, ISF, Förderunterricht, Sonderschule)

❑ Unterricht in der Regelklasse

Name/Adresse der anstellenden Instanz (Arbeitgeber)

_____

_____

_____

Kontaktperson/Funktion _____

Tel. / 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

Stempel der Schule/Institution:

_____

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
Schaffhauserstrasse 239, Postfach 5850, CH-8050 Zürich, T +41 44 317 11 11, info@hfh.ch, www.hfh.ch