HfH Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik

Bestätigung des Arbeitgebers für die berufliche Tätigkeit bei berufsbegleitendem Studium

Master Sonderpädagogik Vertiefungsrichtung Schulische Heilpädagogik

1 Interessierte Person und Tätigkeit zum Zeitpunkt der Anmeldung

Name, Vorname _____

Umfang in Stellenprozent _____

Funktionsbezeichnung _____

Angestellt seit _____

2 Tätigkeit bei Studienbeginn

☐ **Noch auf Stellensuche**

Ort der voraussichtlichen Tätigkeit (Kanton) _____

☐ **Gleich wie Punkt 1**

☐ **Neuer Arbeitsort:**

Umfang in Stellenprozent _____

Funktionsbezeichnung _____

Angestellt ab _____

Bitte beachten Sie, dass mit Beginn des Studiums eine heilpädagogische Tätigkeit von mindestens 20% nachzuweisen ist.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Studieninteressent:in

3 Arbeitgeberin / Arbeitsort

Arbeitgeberin zum Zeitpunkt der Anmeldung, falls vorhanden, sonst Arbeitgeberin zum Zeitpunkt des Studienbeginns.

Name Schule / Institution _____

Strasse, Postleitzahl / Ort _____

Kanton _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Arbeitgeberin