

Anstellungs-/Ausbildungsbestätigung des Arbeitgebers

Name und Vorname der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Arbeitgeber und Arbeitsort

Die Mitarbeiterin/Der Mitarbeiter verfügt während der Ausbildung zur dipl. Pflegefachperson HF über einen Arbeits-/Ausbildungsvertrag mit unserer Institution. Sie/Er ist während der gesamten Dauer der Ausbildung in unserem Betrieb angestellt. Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Promotionsordnung HF Pflege des bgs integraler Bestandteil des Vertrags ist. Die praktischen Einsätze (Praktika) werden gemäss Vorgaben des bgs geplant und umgesetzt.

Wir bestätigen zudem, dass unsere Mitarbeiterin/unser Mitarbeiter das zur Zulassung an die HF Pflege notwendige Eignungs-/Bewerbungsverfahren erfolgreich durchlaufen hat.

Datum

Name und Vorname Unterzeichnende/r

Rechtsgültige Unterschrift und
Stempel Arbeitgeber