**Antrag zur Anerkennung eines Abschlusses als gleichwertiger Ausweis gem. Prüfungsordnung Ziff. 3.31 c**

**Personalien**

|  |
| --- |
| Name:       |
| Vorname:       |
| Adresse:       |
| PLZ und Ort:       |
| Tel. Privat:       | Tel. Geschäft:       |
| Mail:       | Mobile:       |
| Geburtsdatum:       | Geschlecht: F [ ]  M [ ]  |

**Antrag**

Ich beantrage Anerkennung des folgenden Abschlusses als gleichwertiger Ausweis gem. Prüfungsordnung Ziff. 3.31 c:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Abschluss | Jahr | Beleg Nr.  |
|       |       |       |

(Kopie des Abschlusses und, wenn vorhanden, weitere Informationen dazu beilegen)

**Weitere Abschlüsse** (Kopien der Abschlüsse beilegen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Abschlüsse (beginnend mit den am wenigsten weit zurück liegenden) | Jahr | Beleg Nr.  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Weiterbildungen, Kurse** im Gesundheits- und Sozialbereich (Bestätigungen beilegen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (beginnend mit den am wenigsten weit zurück liegenden) | Anzahl Kontaktlektionen | Daten | Qualifizierendes Element? | Beleg Nr.  |
| Ja | Nein |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

**Berufliche Praxis** (Kopien der Arbeitsbestätigungen resp.-zeugnisse und Pflichtenhefte beilegen)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbeitgeber** (beginnend mit dem aktuellen) | Berufliche Funktion | von | bis | Direkter Kontakt mit Klient/innen (ja /nein) | Anstellungs-prozente | Beleg Nr.  |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |
|       |       |       |       |  |       |       |

**Bemerkungen:**

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dass die eingereichten Kopien den Originalen und die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

**Ort und Datum: Unterschrift:**