

Minden, _____

Nachweis der pflegerischen Tätigkeit durch den Arbeitgeber

Hiermit bestätigen wir,

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

dass, _____,
(Anrede, Vorname, Nachname des Prüflings)

geb. am: _____ in : _____

seit dem _____ bei uns beschäftigt ist.

Das Arbeitsverhältnis beträgt:

- mindestens 30 Monate pflegerische Tätigkeit in Vollzeit.
 mindestens 60 Monate pflegerische Tätigkeit in Teilzeit von mindestens 50%.

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Mindestens die Hälfte der praktischen Tätigkeit fand unter der Anleitung einer dreijährig ausgebildeten Pflegefachkraft statt und die oben genannte Tätigkeit liegt nicht länger als 24 Monate zurück.

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers