

Nachweis der Möglichkeit gestaltungs-/kunsttherapeutischer Praxis

Frau/Herr

Ist im Umfang von mindestens 4 Std wöchentlich kunst/gestaltungstherapeutisch tätig bei:

Name der Einrichtung:.....

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: tätig seit:

als:

Arbeitszeit: Stunden wöchentlich.

Und kann diese Tätigkeit voraussichtlich

zwischen April 201.... bis Oktober 201.... ausüben

zwischen April 201... bis ausüben.

Zwischen Oktober 201.....bis März 201.....

.....
Ort/Datum

.....
Name des Arbeitgebers

Stempel/Siegel

.....
Unterschrift des Arbeitgebers