

Nachweis der für die Zulassung zur Berufsprüfung «Spezialistin/Spezialist für angewandte Kinästhetik» erforderlichen Berufserfahrung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Die obgenannte Person war/ist bei uns angestellt:

Funktion	Anstellung seit (MT/Jahr)	Pensum (%)	Dauer (in Monaten)
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Wir bestätigen, dass die obgenannte Person in ihrer genannten Funktion und in der angegebenen Anstellungsdauer Kinästhetik im Berufsalltag anwenden konnte/kann.

Betrieb:

Verantwortliche Person:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

