|  |  |
| --- | --- |
| Amt für Berufsbildung, Mittel- und HochschulenPostfachKreuzackerstrasse 14502 SolothurnTelefon 032 627 28 97abmh@dbk.so.chabmh.so.ch |  |
|  |

**Nachweis der Berufstätigkeit Pflege**(nach dreijähriger Berufstätigkeit)

**Personalien**

Anrede Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail-Adresse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Abschluss Bildungsgang HF / FH:

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Arbeitgeber-/in 1**

Arbeitgeber (Firma) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorgesetzte Person Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Abteilung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Pensum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Funktion / Stellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zeitraum der Anstellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Hiermit bestätigen wir, dass die genannte Person als Pflegefachperson HF oder FH tätig war.

Bestätigung Arbeitgeber-/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Firmenstempel

**Arbeitgeber-/in 2** (nur auszufüllen bei mehreren Arbeitgebenden)

Arbeitgeber (Firma) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorgesetzte Person Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Abteilung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Pensum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Funktion / Stellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zeitraum der Anstellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Hiermit bestätigen wir, dass die genannte Person als Pflegefachperson HF oder FH tätig war.

Bestätigung Arbeitgeber-/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Firmenstempel

**Arbeitgeber-/in 3** (nur auszufüllen bei mehreren Arbeitgebenden)

Arbeitgeber (Firma) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorgesetzte Person Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Abteilung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Pensum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Funktion / Stellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zeitraum der Anstellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Hiermit bestätigen wir, dass die genannte Person als Pflegefachperson HF oder FH tätig war.

Bestätigung Arbeitgeber-/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Firmenstempel

**Arbeitgeber-/in 4** (nur auszufüllen bei mehreren Arbeitgebenden)

Arbeitgeber (Firma) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorgesetzte Person Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Abteilung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Pensum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Funktion / Stellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zeitraum der Anstellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Hiermit bestätigen wir, dass die genannte Person als Pflegefachperson HF oder FH tätig war.

Bestätigung Arbeitgeber-/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Firmenstempel

**Arbeitgeber-/in 5** (nur auszufüllen bei mehreren Arbeitgebenden)

Arbeitgeber (Firma) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorgesetzte Person Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Abteilung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Pensum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Funktion / Stellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zeitraum der Anstellung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Hiermit bestätigen wir, dass die genannte Person als Pflegefachperson HF oder FH tätig war.

Bestätigung Arbeitgeber-/in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift und Firmenstempel

Bestätigung der Person

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Das Formular ist nach dreijähriger Berufstätigkeit umgehend dem Amt für Berufsbildung, Mittel- und Hochschulen per Post oder E-Mail einzureichen.

Amt für Berufsbildung, Mittel- und Hochschulen

Linda Jäggi

Kreuzackerstrasse 1

Postfach

4502 Solothurn

E-Mail: abmh@dbk.so.ch