

Firma/Institution _____

Anschrift _____

**Bescheinigung über die Tätigkeit entsprechend den Richtlinien für die
Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung**

Hiermit bescheinigen wir

Frau/Herrn _____

Geboren am _____ In _____

Dass sie/er bei uns seit dem _____ (Datum des Beschäftigungsbeginns)
regelmäßig und kontinuierlich im psychosozialen/ medizinischen / pädagogischen
Tätigkeitsfeld beschäftigt ist. (nicht Zutreffendes streichen Sie bitte).

Ihr/sein Tätigkeitsfeld umfasst folgende Aufgabe (n):

Die von ihr/ihm ausgeübte Tätigkeit gewährt die Möglichkeit, die durch die Weiterbildung in
personenzentrierter Beratung erworbenen bzw. zu erwerbenden Kenntnisse und Fertigkeiten
anzuwenden.

Stempel/ Datum/ Unterschrift