

.....
Bezeichnung der Bildungsstätte

N a c h w e i s
über die Teilnahme am modularen Ergänzungsprogramm
Vertiefungsfortbildung der HPZ-1994¹

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat in der Zeit vom _____ bis _____

an einer Ergänzungsfortbildung teilgenommen; die Teilnahme bezieht sich auf die in der Anlage aufgeführten Module des Fortbildungsprogramms.

.....
Ort, Datum

(Stempel der
Bildungsstätte)

.....
Unterschrift der Leitung der Bildungsstätte

Anlage: Übersicht über die Module der Ergänzungsfortbildung

¹ Empfehlungen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie zur heilpädagogischen Zusatzqualifikation vom 20. Februar 1994 (SächsABl. 1995 S. 534)