

**Praxisintegrierte Ausbildung
zur/zum staatlich geprüften Sozialassistent*in
Absichtserklärung der Einrichtung**

Hiermit bestätigen wir, Frau/Herrn _____
im Rahmen der praxisintegrierten Ausbildung zur/zum staatlich geprüften Sozialassistent*in
einen Praxisplatz verbindlich anzubieten.

Träger	
Einrichtung	
Kontaktdaten (Tel./E-Mail, Anschrift)	
Ansprechpartner*in	

Datum und Unterschrift

Stempel

Bewerber*in:

Name	
Anschrift	
Kontaktdaten (Tel./E-Mail, Anschrift)	