

## Dauer des Berufsaner kennungs(halb)jahres

Bitte spätestens vier Wochen vor dem Kolloquium per E-Mail ([pruefungsamt.fs-hol@hawk.de](mailto:pruefungsamt.fs-hol@hawk.de)) einreichen.

### Angaben zur\* zum Sozialarbeiter\*in/Sozialpädagog\*in im BA(H)

Nachname, Vorname

Matrikelnr.

Geburtsdatum

Str., Nr.

PLZ, Ort

Tel.

E-Mail

### Dauer des Berufsaner kennungs(halb)jahres

Datum Beginn (TT.MM.JJJJ)

Datum Ende (TT.MM.JJJJ)

Dauer in Monaten

### Anlage

Abschlussbeurteilung gemäß § 8 Abs. 1 SozHeilKindVO vom 17.05.2017, geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 20.03.2018.

Ort, Datum, Unterschrift Anleiter\*in, Stempel der Ausbildungseinrichtung