

CAS HES-SO Praxisausbildner/-in VS-FR

PASSFOTO

Einschreibeformular

Name	Arbeitsort
Vorname	Adresse
Adresse	PLZ/Ort
PLZ/Ort	Tel. Institution
Geburtsdatum	E-mail Institution
Tel. Privat	
E-mail Privat	

Berufsausbildungen

Ausbildung	Beginn (M/J)	Ende (Mte/J)	Ort	Erworbene Titel



Berufserfahrung

Institution	Ort	Bereich	Funktion	Dauer	Anz.Monate

Ort und Datum

Unterschrift

Einverständnis des Arbeitgebers

Der/die Unterzeichnete

- Bestätigt, dass der/die obgenannte Kandidat/-in die Funktion als Praxisausbildner/-in ausübt
- Akzeptiert, dass der/die obgenannte Kandidat/-in die Ausbildung als Praxisausbildner/-in besucht

Ort und Datum

Unterschrift

Fachhochschule Westschweiz Wallis (HES-SO Wallis)
Bereich Gesundheit und Soziale Arbeit
Sekretariat Weiterbildungen
Pflanzettastrasse 6
3930 Visp

Bitte folgende Dokumente als Kopie beilegen:

- **Diplome / Zertifikate / Fähigkeitsausweise**
- **Unterschriebene Konvention**