

**Selbstdeklaration für Praxisausbildende in der Sozialen Arbeit**

Wir bitten Sie das Formular zwecks Prüfung einer Anerkennung auszufüllen und der Fachstelle Praxisausbildung und Wissensintegration zukommen zulassen: *Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Frau Claudia Leisker, Riggerbachstrasse 16, 4600 Olten* oder direkt per Email an [claudia.leisker@fhnw.ch](mailto:claudia.leisker@fhnw.ch)

Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Privatadresse

Strasse / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon privat:

Email privat:

Geburtsdatum:

Ausbildung:

Bitte legen Sie dem Formular einen Lebenslauf mit Angabe der Grund- und Zusatzqualifikationen sowie der Praxiserfahrung bei.

Falls Sie noch keine methodisch-didaktische Ausbildung als Praxisausbildende bzw. Praxisausbildender haben:

Wann und wo beabsichtigen Sie diese abzuschliessen?:

Angaben zur Praxisorganisation:

Name der Organisation:

Strasse / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon:

Email:

an dieser Stelle tätig seit:

Stellenprozente:

Stellenfunktion:

Name der zu begleitenden Studierenden:

Name der Organisationsleitung:

Name der ausbildungsverantwortlichen Person in der Praxisorganisation (falls vorhanden):

Bemerkungen:

Ort / Datum:

---

Dieser Abschnitt wird von der für die Anerkennung verantwortlichen Person der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW ausgefüllt.

Name Praxisausbildende:

Eventnummer (falls bekannt):

