Wir bestätigen, dass der/die Bewerber\*in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname) sich in einem Angestelltenverhältnis befindet und für die Vorbereitung freigestellt wird sowie eine Praxisanleitung die praktische Prüfung begleiten wird.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegedirektion bzw.

Abteilungsleitung

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegedirektion bzw.

Abteilungsleitung

Stempel:

**Kostenübernahme:**

Für die Kenntnisprüfung wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 950,00 € erhoben.

[ ]  Wir übernehmen die Aufwandsentschädigung der Kenntnisprüfung.

[ ]  Die Aufwandsentschädigung bitte folgender Einrichtung/Abteilung in Rechnung stellen:

· Name des Arbeitgebers:

· Name des/der Ansprechpartner\*in:

· Rechnungsanschrift:

[ ]  Der/Die Teilnehmende trägt die Aufwandsentschädigung der Kenntnisprüfung eigenständig.

[ ]  Bei der Bundesagentur für Arbeit wurde ein Bildungsgutschein zur Übernahme der Kurskosten beantragt. Im Falle der Nichterteilung übernehmen wir die Aufwandsentschädigung.