

**Für die Kenntnisstandprüfungen Pflege**

Wir bestätigen, dass der/die Bewerber\*in \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname) sich in einem Angestelltenverhältnis befindet und bei uns einen Prüfungsplatz hat.

**Für die Kenntnisstandprüfungen MTR**

Wir bestätigen, dass der/die Bewerber\*in \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname) bei uns einen Prüfungsplatz hat.

Datum:	_____
Vorname, Nachname:	_____
Pflegedirektion bzw. Abteilungsleitung	
Unterschrift:	_____
Pflegedirektion bzw. Abteilungsleitung	
Stempel:	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin-left: 100px;"></div>