

Anschrift der Praktikumsstelle/-leitung

(bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Zeugnisses der
absolvierten Zusatzqualifikation als Nachweis bei)

TESTAT

Hiermit wird bescheinigt, dass

Herr / Frau _____
Strasse _____
Wohnort _____
Geburtsdatum; Ort _____

das für den Erwerb der Zusatzqualifikation in der Hippotherapie notwendige

20stündige Praktikum vor Zulassung zum zweiten Kursteil

in der Zeit vom _____ bis _____ absolviert hat.

absolviert hat.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Bitte beachten Sie, dass wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Bearbeitung Ihres Mandats beim DKThR Ihre Daten speichern und verarbeiten müssen. Dazu gehören die oben ausgefüllten Daten.

Hier geht es zu der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO): www.datenschutz-grundverordnung.eu

Bitte bestätigen Sie:

Ich habe den Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen
