



## Eidesstattliche Erklärung

Die (Name, Vorname) ..... versichere hiermit:

- dass ich während mindestens zwei Jahren FH-Studierende begleitet habe;
- dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass falsche Angaben zur Einleitung eines Verfahrens gegen mich führen können, das zu meinem Ausschluss aus dem Ausbildungsprogramm für Praxisausbilderinnen und Praxisausbilder (provisorischer Status, Mikro Zertifizierung, CAS) führen kann.

Name ..... Vorname .....

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

Dokument bitte einsenden an [formation.pratique@hes-so.ch](mailto:formation.pratique@hes-so.ch)

