

*An den  
Universitätslehrgang  
Psychotherapeutisches Propädeutikum  
an der Universität Salzburg  
Erzabt-Klotz-Str. 1  
5020 SALZBURG*

## ***Praktikumsbestätigung***

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **hat ein Praktikum absolviert:**

im Ausmaß von \_\_\_\_\_ Stunden

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

### **an der Einrichtung:**

Name der Einrichtung  
(Bereich/Abteilung): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Leiter/in der Einrichtung: \_\_\_\_\_

### **unter fachlicher Anleitung von:**

Name des/r Praktikumsbetreuers/in: \_\_\_\_\_

Eingetragener Psychotherapeut/in:  ja  nein

Therapierichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift