

Versicherung über die Absolvierung von Hospitationszeiten

für Teilnehmer*innen der Ausbildung 2025/26

Hiermit versichere ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

bei der Beratungseinrichtung

Name der Einrichtung

an folgenden Tagen

Datum/Daten

hospitiert zu haben.

Anmerkungen/Kurzbeschreibung

Datum, Unterschrift

Unterschrift/Stempel Beratungseinrichtung

REFUGEE
LAW
CLINIC

O S N A B R Ü C K