Versicherung über die Absolvierung von Hospitationszeiten

für Teilnehmer*innen der Ausbildung 2026/27

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 OSNABRÜCK