

Höhere Fachprüfung Institutionsleiter/-in im sozialen und sozialmedizinischen Bereich  
Examen professionnel supérieur de directrice/directeur d'institution sociale et médico-sociale

---

**Bestätigung Führungserfahrung als Bereichs- oder Institutionsleiter/in**

Hiermit bestätigen wir, dass

Vorname / Nachname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

als Bereichs- oder Institutionsleiter/in unserem Betrieb tätig ist/war. Die Führung des Personals ist resp. war Teil der Führungsaufgabe.

<b>Anstellung als</b> (Funktionsbezeichnung)	<b>Von</b> Monat / Jahr	<b>Bis</b> Monat / Jahr	<b>Pensum</b> Total in %	<b>Führungser- fahrung</b> (in Monaten)	<b>Teamgrösse ins- gesamt ohne TL</b> (Anzahl Mitarbei- tende)	<b>Davon fachspezifisch ausgebil- dete Mitarbeitende</b> (Anzahl)

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_ Name und Ort des Betriebs \_\_\_\_\_

Name und Unterschrift Geschäftsleitung: \_\_\_\_\_ ev. Stempel Institution: