

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

Confirmation d'expérience de direction d'institution sociales et médico-sociales

Par la présente, nous confirmons que

Prénom / Nom _____ né / e le _____

Travaille / a travaillé en qualité de responsable de secteur ou de direction dans notre institution. La direction du personnel fait, respectivement faisait, des tâches de direction.

Employ / e en qualité de (désignation de la fonction)	de Mois Année	à Mois Année	Charge de travail Total en %	Expérience de direction (en mois)	Taille de l'équipe sans RE (nombre de colla- borateurs / colla- boratrices)	Dont collaborateurs / collabora- trices spécifiquement formés (nombre)

Nous confirmons l'exactitude des informations ci-dessus.

Date : _____ Nom et lieu de l'institution _____

Nom et signature de la direction d'institution : _____ Éventuellement, cachet de l'institution :