Wiener Psychoanalytische Akademie

Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie

Salzgries 16/3

1010 Wien

**Praktikumsbestätigung**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

**hat ein Praktikum absolviert:**

im Ausmaß von  Stunden

in der Zeit von  bis  (Monat, Jahr)

im Bereich:

**an der Einrichtung:**

Name:

Adresse:

In der Liste des BM eingetragen (nach § 6 Abs. 2 Z 2 Pth-Gesetz): [ ]  ja [ ]  nein

[ ]  facheinschlägig und fachspezifisch [ ]  fachspezifisch

**Unter fachlicher Anleitung von:**

Name des/der Praktikumsbetreuer/in:

Eingetragene/r Psychotherapeut/in: [ ]  ja [ ]  nein

Zusatzbezeichnung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift und Stempel Praktikumsbetreuer/in |

Bei vom Bundesministerium nicht anerkannter Einrichtung, Genehmigung vom Lehrausschuss.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift und Stempel Lehrausschuss |