



Kommunaler Sozialverband Sachsen
FD 150
Humboldtstraße 18
04105 Leipzig

(Bezeichnung der Einrichtung)

**Bescheinigung
über die Ableistung der praktischen Tätigkeit**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

ist in der Zeit vom

bis

im Rahmen der Ausbildung für Masseur und medizinische Bademeister nach § 7 Abs. 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes erfolgreich als Praktikant tätig gewesen.

Die praktische Tätigkeit ist – nicht – über die nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz zulässigen Fehlzeiten hinaus – um Tage*) – unterbrochen worden.

Ort, Datum

(Stempel der Einrichtung)

(Unterschrift(en) der Leitung)

(Unterschrift des Masseurs und medizinischen Bademeisters, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten)

*) Nichtzutreffendes streichen