

Gesuch um Anerkennung der Kompetenznachweise der Module

(Angaben auszufüllen durch Anbieter)

Name und Adresse des Bildungsanbieters:

Gesuch um Anerkennung der folgenden Kompetenznachweise der Module:

(Nummer und Modultitel angeben)

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel:

Eingereichte Unterlagen

	Vom Anbieter eingereichte Dokumente					
	Bezeichnung der eingereichten Dokumente	Information für Kandidatinnen und Kandidaten zur Durchführung der Kompetenznachweise	Prüfungsaufgaben zu den Kompetenznachweisen	Beurteilung und Bewertung der Leistung der Kandidatinnen und Kandidaten	Weitere Informationen	Bemerkungen zu den jeweiligen Dokumenten
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eidg. Berufsprüfung Teamleiterin, Teamleiter in sozialen und sozialmedizinischen Organisationen
Höhere Fachprüfung Leiterin, Leiter von sozialen und sozialmedizinischen Organisationen

Vom Anbieter eingereichte Dokumente						
	Bezeichnung der eingereichten Dokumente	Information für Kandidatinnen und Kandidaten zur Durchführung der Kompetenznachweise	Prüfungsaufgaben zu den Kompetenznachweisen	Beurteilung und Bewertung der Leistung der Kandidatinnen und Kandidaten	Weitere Informationen	Bemerkungen zu den jeweiligen Dokumenten
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	