

**BESTÄTIGUNG: Klinische Praktika**

<b>Programm:</b>	E <input type="radio"/>	K <input type="radio"/>	C <input type="radio"/>	FSP <input type="radio"/>
<b>Regulativ:</b>	i <input type="radio"/>	ch <input type="radio"/>		
Name, Vorname				
Adresse				
Telefon/Mobil			E-Mail	

**Klinische Erfahrung** (bitte alle vom Institut anerkannten klinischen Praktika angeben, vor oder während der Ausbildung UND mit einem entsprechenden Arbeitszeugnis des Leiters des Praktikumsbetriebs im Studiensekretariat abgeben)

Name und Ort der Klinik	Zeitraum von/bis (genaue Daten)	Wochen	Anz. Stunden	Unterschrift Institution, Datum
Total Wochen/ Stunden -->				

**Eine Anerkennung durch das C.G. Jung Institut garantiert nicht, dass auch der jeweilige Staat, in dem Sie die Niederlassung anstreben, die Praktika anerkennt.**

**Manche Länder fordern, dass die Praktika innerhalb der Studienzeit abgeleistet werden. Bitte klären Sie das für Ihren individuellen Fall ab, damit Sie die für Sie relevanten Voraussetzungen zur staatlichen Anerkennung erfüllen.**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_