

## Einverständniserklärung

Für die Ableistung eines Praktikums im Pflegedienst der BG Klinik Tübingen bei nicht volljährigen Praktikantinnen und Praktikanten.

### Personensorgeberechtigte/Elternteil

Name, Vorname:

---

Straße:

---

PLZ:

Wohnort:

---

Telefon:

---

### Praktikantin/Praktikant

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße:

---

PLZ:

Wohnort::

---

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn im Zeitraum

von:

bis:

---

ein Praktikum im Pflegedienst der BG Unfallklinik Tübingen absolviert.

Datum:

Unterschrift Personensorgeberechtigte/Elternteil