

Höhere Fachprüfung Institutionsleiter/-in im sozialen und sozialmedizinischen Bereich
Examen professionnel supérieur de directrice/directeur d'institution sociale et médico-sociale

Confirmation d'expérience de direction d'institution sociale et médico-sociale

Par la présente, nous confirmons que

Prénom / Nom _____ né / née le _____

travaille / a travaillé en qualité de responsable de secteur ou de direction dans notre institution. La direction du personnel fait, respectivement faisait, des tâches de direction.

Employé / e en qualité de... (désignation de la fonction)	de <i>Mois</i> <i>Année</i>	à <i>Mois</i> <i>Année</i>	Charge de travail Total en %	Expérience de direction (en mois)	Taille de l'équipe sans DI (nombre de collaborateurs / collaboratrices)	Dont collaborateurs / collaboratrices spécifiquement formé (nombre)

Nous confirmons l'exactitude des informations ci-dessus.

Nom et lieu de l'institution

Date : _____

Nom et signature de la direction d'institution : _____

Cachet de l'institution