

# Bestätigung der Kinderschutz­tätigkeit

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_

eine vollzeitige klinische Tätigkeit für 12 Monate

eine halbzeitige klinische Tätigkeit für 24 Monate

(nicht zutreffendes bitte streichen)

innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragsstellung ausgeübt hat. Die Einrichtung verfügt über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet des medizinischen Kinderschutzes.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Unterschrift der Einrichtungsleitung