

An das  
Landesamt für soziale Dienste  
Adolf-Westphal-Str. 4  
24143 Kiel

## **Bescheinigung über Beschäftigungszeiten** für die Zulassung zur Notfallsanitäterprüfung

Herrn/Frau Vorname, Name \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

wird hiermit bescheinigt dass er/sie als Rettungsassistent/in

seit/von\* \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bzw.

mit mehr als 50 % der regulären Arbeitszeit einer Vollzeitbeschäftigung

in unserer Einrichtung in \_\_\_\_\_ beschäftigt ist/war\*.

\*(nicht Zutreffendes bitte streichen)

---

Ort und Datum

Stempel der Einrichtung

Unterschrift