

## Anmeldung zur Diplomprüfung an der SOB

### **SOB Berufstätigenform - Ausbildungsschwerpunkt**

Altenarbeit   
Behindertenbegleitung

### **SOB Tagesform – Ausbildungsschwerpunkt**

Familienarbeit   
Behindertenarbeit

.....  
Studierende/r ..... Klasse ..... Datum

Themenschwerpunkt Diplomprüfung: .....

Der/Die begleitende/r Prüfer/in stimmt der Begleitung zu!

.....  
Unterschrift .....  
ErstprüferIn Datum

.....  
Unterschrift .....  
ZweitprüferIn Datum

Eingereicht am : .....

Unterschrift STUKO/KV .....