

Tiermedizinischer Praxisassistent EFZ

Tiermedizinische Praxisassistentin EFZ

Beiblatt für das Qualifikationsverfahren

Lernende- / r
Name _____ Vorname _____

Lehrbetrieb _____

Telefon _____

Fachvorgesetzter _____

E-Mail
(Fachvorgesetzter) _____

**Wahl der zu prüfenden Handlungskompetenzen nach Art. 4 Absatz 1 Buchstabe h der
Verordnung über die berufliche Grundbildung:**

- Kleintiere
- Grosstiere
- Pferde

Ort / Datum _____