

TÄTIGKEITSNACHWEIS

für die berufspraktische Tätigkeit in der **Fachrichtung Innenarchitektur** zur Vorlage an den Eintragungsausschuss der AKRP

Projekt und Ort genaue Bezeichnung (z.B. EFH, DH, Bürogebäude) sowie Umfang (WE, Bausumme, BRI)	Dauer (Zeit in Monaten)	Leistungsbeschreibung Stichwortartige Beschreibung einzelner LPH, bei anteiliger Mitwirkung erbrachten Anteil schätzen <i>Pläne sind vorhanden</i> <input type="checkbox"/>	Gestaltende Planung (LPH 1–3) von – bis MM/JJ – MM/JJ	Technische Planung (LPH 4–5) von – bis MM/JJ – MM/JJ	Wirtschaftl. Planung (LPH 6–7) von – bis MM/JJ – MM/JJ	Koordinierung und Objektüberwachung (LPH 8–9) von – bis MM/JJ – MM/JJ
		<input type="checkbox"/>	LP 1: _____ LP 2: _____ LP 3: _____	LP 4: _____ LP 5: _____	LP 6: _____ LP 7: _____	LP 8: _____ LP 9: _____
		<input type="checkbox"/>	LP 1: _____ LP 2: _____ LP 3: _____	LP 4: _____ LP 5: _____	LP 6: _____ LP 7: _____	LP 8: _____ LP 9: _____
		<input type="checkbox"/>	LP 1: _____ LP 2: _____ LP 3: _____	LP 4: _____ LP 5: _____	LP 6: _____ LP 7: _____	LP 8: _____ LP 9: _____
		<input type="checkbox"/>	LP 1: _____ LP 2: _____ LP 3: _____	LP 4: _____ LP 5: _____	LP 6: _____ LP 7: _____	LP 8: _____ LP 9: _____
		<input type="checkbox"/>	LP 1: _____ LP 2: _____ LP 3: _____	LP 4: _____ LP 5: _____	LP 6: _____ LP 7: _____	LP 8: _____ LP 9: _____

Antragstellende Person:

Berufsangehörige Person:

Datum, Unterschrift:

Datum, Unterschrift:



Vom Juniormitglied/der Absolventin/dem Absolventen auszufüllen

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Mitgliedsnummer, falls Juniormitglied:

Die Tätigkeit wurde ausgeübt als

Freie Mitarbeiterin / Freier Mitarbeiter

Angestellte / Angestellter

Beamtin / Beamter

Selbständig unter Aufsicht der Architektenkammer

Zeitlicher Umfang pro Woche:

Ich versichere, dass die in diesem Formular getätigten Angaben richtig sind.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Von der berufsangehörigen Person auszufüllen

(Sofern die Aufsicht nicht durch AKRP erfolgt.)

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Mitgliedsnummer:

Ich versichere, dass die in diesem Formular getätigten Angaben richtig sind.

Ort, Datum:

Unterschrift / Kammerstempel:

.....