

TÄTIGKEITSNACHWEIS

für die berufspraktische Tätigkeit in der **Fachrichtung Landschaftsarchitektur** 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:

.....