

Geschäftsfeld Aus- und Weiterbildung

Erklärung des Prüfungsteilnehmers / der Prüfungsteilnehmerin

Ich versichere durch meine Unterschrift, dass ich das Projekt und die dazugehörige Dokumentation selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Stellen, die ich wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen habe, als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in dieser Form keiner anderen Prüfungsinstitution vorgelegen.

Leipzig, 28.10.2022

Ort, Datum



Unterschrift des Prüfungsteilnehmers

Erklärung des Ausbildungsbetriebes / Praktikumsbetriebes

Wir versichern, dass das Projekt wie in der Dokumentation dargestellt, in unserem Unternehmen realisiert worden ist.

Leipzig, 28.10.2022

Ort, Datum

IcamSystems GmbH

Insurance Consulting And
Management Systems

Käthe-Kollwitz-Str. 84 / 04109 Leipzig
Tel.: 0341/98999-0 Fax: 0341/98999-99

Stempel und Unterschrift des
Ausbildungs-/ Praktikumsbetriebes