

Antrag auf Zulassung zum Praxissemester



TECHNISCHE HOCHSCHULE
OSTWESTFALEN-LIPPE
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES
AND ARTS

Name, Vorname (Antragsteller*in)						Matrikelnummer	
----------------------------------	--	--	--	--	--	----------------	--

E-Mail	Telefon
--------	---------

Adresse

Ich beantrage die Zulassung zum Praxissemester (§ 27a BPO BLPK) und versichere, die Zulassungsvoraussetzungen für meinen Studiengang erfüllt zu haben.

Ich gebe folgende Erklärungen ab:

- Ich habe alle studienbegleitenden Prüfungen der ersten beiden Semester bestanden.
- Ich habe bisher in dem o.g. Studiengang keine Versuche zur Durchführung eines Praxis- oder Auslandssemesters unternommen.

Lemgo, den _____
Unterschrift Antragsteller*in:

Folgende*r Professor*in des FB4 übernimmt die Begleitung
meines Praxissemesters:

Lemgo, den _____
Unterschrift Betreuer*in:

Das Praxissemester wird in folgendem Unternehmen durchgeführt:

Unternehmen: Ansprechpartner:

Durch das Prüfungsamt auszufüllen

Die Voraussetzungen zur Zulassung zum Praxissemester sind erfüllt: Ja Nein

Unterschrift Prüfungsamt

Die Zulassung zum Praxissemester wird ausgesprochen.

Lemgo, den _____
Unterschrift des Prüfungsausschussvorsitzenden

Nur für interne Zwecke

Bestätigung durch die Betreuung am: _____
Unterschrift Prüfungsamt