

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 (§ 9 SPO 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 übernimmt die Begleitung
meines Praxissemesters:

Lemgo, den Unterschrift Betreuer*in:

Das Praxissemester wird in folgendem Unternehmen durchgeführt:

Unternehmen: Ansprechpartner*in:

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 Vorsitz des Prüfungsausschusses

Nur für interne Zwecke

Bestätigung durch die Betreuung am: Unterschrift Prüfungsamt