

Eingangsdatum:

Antrag auf Zulassung zum Praxissemester

Name, Vorname: _____ Matr.-Nr.: _____

Aktuelle Anschrift: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Studiengang: _____

Ich beantrage die Zulassung zum Praxissemester in der Zeit

vom _____ bis _____

Ich versichere, dass ich die Zulassungsvoraussetzungen gem. § 4 Praxissemesterordnung (PSO PuW) erfüllt habe.

Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Einverständnis des Betreuers

Nach Begutachtung der Ausbildungsstelle

(Firma, Institut, Behörde, sonst. berufspraktische Einrichtung)

(Anschrift)

(Ansprechpartner)

bestätige ich, dass diese für die Ableistung des Praxissemesters geeignet ist. Ich bin überdies bereit, die Betreuung der Studentin/des Studenten zu übernehmen.

Datum

Unterschrift Betreuer

Zulassungsvermerk des Prüfungsamtes/Prüfungsausschusses

Die oben angegebene Studentin/der oben angegebene Student hat die Zulassungsvoraussetzungen zum Praxissemester erfüllt und wird hiermit zur Ableistung des Praxissemesters zugelassen.

Datum

Prüfungsamt

Prüfungsausschussvorsitzender

Bestätigung des Betreuers

Beginn und Ende des Praxissemesters

vom

bis

ja

nein

Vertrag liegt vor

☐☐

Zeugnis der Ausbildungsstelle liegt vor

☐☐

Bericht des/der Studierenden liegt vor

☐☐

Die Anerkennung des Praxissemesters wird empfohlen

☐☐

Datum

Unterschrift Betreuer

Anerkennung durch den Prüfungsausschuss

Das Praxissemester wird anerkannt.

Datum

Prüfungsausschussvorsitzender