TECHNISCHE HOCHSCHULE
OSTWESTFALEN-LIPPE
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES
AND ARTS

Eingangsdatum:

1. Antrag auf Zulassung zum Praxissemester

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

Aktuelle Anschrift: _____ Telefon: _____

Ich beantrage die Zulassung zum Praxissemester im Studiengang _____

in der Zeit vom _____ bis _____

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

_____ _____ _____

Datum Unterschrift Antragsteller/in E-Mail

2. Einverständnis des Betreuers

Nach Begutachtung der Ausbildungsstelle (bitte Angabe von Firma, Anschrift, Ansprechpartner)

_____

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

_____ _____

Datum Unterschrift Betreuer

3. Zulassungsvermerk des Prüfungsamtes/Prüfungsausschusses

Der/die o.a. Studierende hat die Zulassungsvoraussetzungen zum Praxissemester erfüllt und wird hiermit zur Ableistung des fakultativen/obligatorischen Praxissemesters zugelassen.

_____ _____

Datum Prüfungsamt/ Prüfungsausschuss

4. Bestätigung des Betreuers

Beginn des Praxissemesters: _____ Ende des Praxissemesters: _____

	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

5. Anerkennung durch den Prüfungsausschuss

Das Praxissemester wird anerkannt.

_____ _____

Datum Prüfungsamt, Prüfungsausschuss