

Antrag auf Zulassung zum Praxisprojekt /Praxissemester

im Bachelor-Studiengang.....

Name: _____

Vorname: _____

Matr.-Nr.: _____

	Semesteranschrift	Heimat -oder Praxisanschrift
Straße:		
Postleitzahl/Ort:		
Telefon:		

	Praxisbetrieb	Arbeits- bzw. Tätigkeitsbereich
Firma/Institution:		
Straße:		
Postleitzahl/Ort:		
Abteilung/Bereich:		
Ansprechpartner/in:		
Telefon:		

Voraussichtlicher Zeitraum des Praxisprojekts: von.....bis.....
 (Zeitdauer nach § 22 Abs. 1 PO bzw. § 24 Abs. 1 PO (nur ISM))

Name betreuende/r Hochschullehrer/in:

Bielefeld, den.....
 Unterschrift Studierende/r

Füllt betreuende/r Hochschullehrer/in aus:
 Die Eignung der vorgeschlagenen Praxisstelle wird festgestellt

Bielefeld, den
 Unterschrift betreuende/r Hochschullehrer/in

Füllt Prüfungsverwaltung aus:
 Die Zulassungsvoraussetzungen gem. § 22 Abs. 4 PO bzw.
 § 24 Abs. 3 PO (nur ISM) sind erfüllt.

Bielefeld, den.....
 Unterschrift Sachbearbeiter/in

Füllt PA-Vorsitzende/r aus:
 zum Praxisprojekt zugelassen ja nein

Bielefeld, den.....
 Prüfungsausschussvorsitzende/r