

Antrag auf Zulassung zur Praxisphase im SS/WS _____

Name: _____

Vorname: _____

Matr.-Nr.: _____

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

	Praxisbetrieb
Firma/Institution:	
Straße:	
Postleitzahl/Ort:	
Abteilung/Bereich:	
Ansprechpartner/in:	
Telefon:	

Voraussichtlicher Zeitraum der Praxisphase: von.....bis.....
(Zeitdauer 20 Wochen gemäß § 22 Abs. 1)

Bielefeld, den.....

.....

Unterschrift Studierende/r

füllt Studiengangsbeauftragte/r aus:
Die Eignung der vorgeschlagenen Praxisstelle wird festgestellt

Bielefeld, den

.....

Unterschrift Studiengangsbeauftragte/r

Hochschullehrer/in

füllt Prüfungsverwaltung aus: Die Zulassungsvoraussetzungen gem. §22 Abs.4 sind erfüllt Datum	füllt PA-Vorsitzende aus: zur Praxisphase zugelassen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bielefeld, den..... Prüfungsausschussvorsitzende/r
..... Unterschrift Sachbearbeiter/in	