

## Bestätigung verpflichtende Praxis

Name: _____ Matrikelnummer: _____
Praxiszeitraum von _____ bis _____ Arbeitstage (Vollzeitbasis): _____
Firma: _____ UID: _____
Adresse: _____
Durchgeführte Tätigkeiten (Stichworte)
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:
Datum, Unterschrift, Firmenstempel:

### Ansuchen um Anrechnung von (bitte Zutreffendes markieren):

Verpflichtende Praxis	Teil 1	Teil 2	Teil 3	Teil 4
Vornehmlich durchgeführt im	Inland		Ausland	

Studium: \_\_\_\_\_

Praxischwerpunkt (falls zutreffend): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Studierenden: \_\_\_\_\_

**Diese Bestätigung ist zusammen mit einem vom Studierenden/von der Studierenden unterschriebenen Tätigkeitsbericht bei der/dem Studiengangsbeauftragten einzureichen (siehe Hinweise ab Blatt 2).**

Die facheinschlägige Praxis im Ausmaß von _____ ECTS wird anerkannt.
Übertrag Arbeitstage (falls zutreffend): _____
Datum: _____ Studiengangsbeauftragte/r: _____