# Bestätigung verpflichtende Praxis MA

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):

Vornehmlich durchgeführt im ☐ Inland ☐ Ausland

Studium: _____

Praxisschwerpunkt (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: _____