

Antrag und Bestätigungen zur Durchführung des studienbegleitenden Praktikums

Vom Studenten oder der Studentin auszufüllen!

Name			
Vorname			
Matrikelnummer			
geboren am			
Straße			
PLZ/Ort			
Telefon (freiw.)			
E-Mail			
Vorschlag für die betreuende Lehrkraft an der HTW Berlin			
Semester	SS	WS	
Titel der praxisbegleitenden Lehrveranstaltungen:			
Ich erkläre, dass ich alle Leistungsnachweise, die im Studiengang _____ Voraussetzung für die Zulassung zum Praktikum sind, erbracht habe.			
Mir fehlen folgende Leistungsnachweise:			
Ein Antrag auf Ausnahmezulassung wird hiermit gestellt.	Ja	Nein	
Datum/Unterschrift Student oder Studentin			

Name		Vorname		Matrikelnr.	
------	--	---------	--	-------------	--

Angaben zur Ausbildungsstelle (von der Ausbildungsstelle auszufüllen)

Ausbildungsstelle (Firma, Institution)			
Straße			
PLZ/Ort			
Ansprechpartner der Ausbildungsstelle			
Telefon (freiw.)			
E-Mail			

Dauer des Praktikums gemäss Praktikumsvertrag	Von:	Bis:	entspricht ____ Wochen
--	------	------	------------------------

Der Praktikumsvertrag ist zusammen mit dem Zulassungsantrag der HTW vorzulegen.

Tätigkeit der Praktikantin/ des Praktikanten:

Bestätigung der HTW Berlin:

Die HTW Berlin erkennt die Eignung des beschriebenen Praktikumsplatzes hiermit **an** und **bestätigt, dass es sich um ein Pflichtpraktikum** gemäß Praxisordnung der HTW Berlin i.V.m. der Studienordnung des Studienganges _____ **handelt.**
Die vorgeschriebene Dauer des Praktikums beträgt ____ Wochen.

Praxisbeauftragte/r des Studienganges	
	Datum/Unterschrift

Bestätigung der Ausbildungsstelle:

Herr/Frau _____ hat das Praktikum im oben genannten Umfang bei uns durchgeführt. Die gestellten Anforderungen wurden erfüllt.

Für die Ausbildungsstelle:	
	Datum/Unterschrift/Stempel

Nachweis über die erfolgreiche Durchführung des studienbegleitenden Praktikums (Original bitte der Prüfungsverwaltung zuleiten!):

Der Praktikumsbericht des Studenten/der Studentin hat mir vorgelegen und entsprach den **Anforderungen.**

Betreuende Lehrkraft / Praxisbeauftragte/r	
	Datum/Unterschrift