

Art der Tätigkeit(en)

Anzahl der Wochen

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Gesamt	_____

Fehltage während der Dauer der Beschäftigung _____, davon

_____ Tage Freistellung

_____ Tage Krankheit

_____ Tage sonst. Abwesenheit; Gründe _____

Ein Praktikumsbericht hat vorgelegen nicht vorgelegen.

Ort, Datum

(Stempel)

Betriebl. Mentor/-in

Erklärung Mentor/-in

Nach Prüfung der vorliegenden Bescheinigung und des Praktikumsberichts schlage ich vor,
_____ Wochen anzuerkennen.

Ort, Datum

Mentor/-in Fachbereich

Entscheidung

Prüfungsausschusses | Praktikumsbeauftragte/-r des Fachbereiches _____

Das Fachpraktikum / Praxissemester wird :

anerkannt nicht anerkannt unter folgenden Auflagen anerkannt

Ort, Datum

Prüfungsausschuss / Praktikumsbeauftragte/-r