

Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften  
Studiengang Public Health, Bachelor

## Anmeldung für das Praxissemester

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Email:	Telefon:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Matrikelnummer:	Studienbeginn:

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Durchführung des Praxissemesters gemäß § 2 (5) der fachspezifischen Bachelorprüfungsordnung (BPO) an.

Zeitraum des Praktikums: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Folgende Form wähle ich:

Praktikum im Inland

Praktikum im Ausland

Bezeichnung der Praxisstelle:	
Betreuer/in:	
Anschrift der Praxisstelle:	
Email:	Telefon:

Datum

Unterschrift

Nur von der/dem Praktikumsbeauftragten auszufüllen.

Das Praxisfeld wird genehmigt.

Datum

Unterschrift der/des Praktikumsbeauftragten