

Universität Bremen 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.	
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