Universität Bremen

Absolvierung des Praktikums im MSc. Klinische Psychologie

gem. § 2 (5) der fachspezifischen Masterprüfungsordnung vom 15.09.2010

Name: _____ Datum: _____

Vorname: _____ Matrikel-Nr: _____

Straße, Nr: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____ Email: _____

. **Bescheinigung der Praxisstelle**

Bezeichnung der Praxisstelle: _____

Betreuer: _____

Zeitraum des Praktikums: _____

Anschrift der Praktikumsstelle:

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Studierdene/r in der Zeit von_____bis_____ein Praktikum abgeleistet hat (450 Stunden).

_____

Datum Unterschrift des/der Verantwortlichen der Praxisstelle

Nur vom Praktikumsbeauftragten auszufüllen

Das Praktikum wurde mit einem Bericht und einer Präsentation abgeschlossen und ist

□ bestanden □ nicht bestanden

_____

Datum Unterschrift der/des Praktikumsbeauftragten des Studiengangs