

Anmeldung für die Praxiszeit

im Studiengang/Studienrichtung:

(Eingabeversion; falls möglich bitte elektronisch ausfüllen)

(Studiengang bitte oberhalb eintragen)

Praxiszeit im (WiSe / SoSe)		
	Matr.-Nr.:	
Vorname:	Name:	
Geburtstag:	Geburtsort:	
Korrespondenzanschrift: Straße: PLZ/Wohnort:	Telefon: E-Mail:	
Firmenname und Anschrift der Praxisstelle: (falls zum Anmeldezeitpunkt bereits bekannt)		
Telefon:	Telefax:	Homepage:
Betreuende Professorin/betreuender Professor:		
Bitte beachten Sie: Falls eine persönliche Unterschrift nicht möglich ist, kann eine Betreuerbestätigung an das Praxisamt per E-Mail erfolgen		
	 Unterschrift betr. Professor_in
Oldenburg,	 Unterschrift der/des Studierenden

Bearbeitungsvermerke des Praxisamtes

Die/der Studierende hat die Zulassungsvoraussetzungen für die Praxiszeit erfüllt:

ja

nein

Bemerkungen:

.....
.....

Oldenburg,

.....
Unterschrift