

Antrag auf Zulassung zur Praxisphase DIS

Studierende/r	
Name: _____	Matrikelno.: _____
Straße: _____	
Postleitzahl/Ort: _____	
Tel./Mobil: _____	E-Mail: _____

Unternehmen	
Name: _____	
Straße: _____	
Postleitzahl/Ort: _____	
Tel.: _____	Website: _____

Praxisphase	
Zeitraum: _____	
Kontaktperson im Unternehmen (Name, E-Mail, Tel.): _____	

Datum / Unterschrift Studierende(r) _____



Vom Praxisphasen-Team auszufüllen

Einrichtung schon zugelassen? ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> Neuzulassung → DB
Zugelassen? ja, laut PSSO <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
Vertrag (Zeit, Regelungen) ok?: <input type="checkbox"/> _____ Unterschrift im Vertrag? <input type="checkbox"/>
Betreuende PP-Beauftragte: Frau Prof. Seidler-de Alwis
Unterlagen ausgehändigt am: _____
Abgabe Bericht: _____ Abgabe Präsentation: _____

Frau / Herr _____ wird zur Praxisphase zugelassen

Köln, den _____ Praxisphasenbeauftragte/r _____