

ABSCHLUSSBESCHEINIGUNG PR (640 STD.)

Ausgefülltes Formular nach Beendigung des Praktikums als PDF an das Praxisreferat schicken!

MATRIKEL-NR: _____

Vorname, Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Praktikumsstelle _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

(genaue Bezeichnung mit Anschrift und Telefon)

Hiermit wird bescheinigt, dass

(Vorname, Name) _____

in der Zeit vom _____ bis _____ das erforderliche

Praktikum im Umfang von **640 Stunden** in unserer Einrichtung abgeleistet hat.

Wir bescheinigen dieses Praktikum als

erfolgreich absolviert.

nicht erfolgreich absolviert.

.....
(Stempel der Praxisstelle)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Praxisanleitung/Einrichtungsleitung)

Der Feedbackbogen wurde der*dem Studierenden ausgehändigt (bitte ankreuzen)

Praxisbegleitveranstaltung wurde besucht bei der*dem Dozent*in:

.....

ORIGINAL FÜR EIGENE UNTERLAGEN AUFBEWAHREN!