



Praktikumsanmeldung (Bachelor)

Praktikant*in

Nachname

Vorname

Matrikelnummer

Bachelor PO2015 6.1

PO2020 6.2

Fachsemester

Semester des Praktikums

Praktikumsstelle

Datum Beginn: _____ Datum Ende: _____ Gesamtstunden: _____ h

Bereich: ABO klinisch pädagogisch sonstige: _____

Tätigkeit: Forschung Marketing Personalmanagement Beratung

Psychiatrie / Psychotherapie Sonstiges: _____

Name der Praktikumsstelle

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Anleitende*r Psychologe*in

Name

Dipl.-Psych.

M.Sc.Psych.

sonstige: _____

e-mail

Telefon

Datum der Anmeldung