



Praktikumsbescheinigung

Praktikant

Nachname

Vorname

Matrikelnummer

Bachelor

Master

Fachsemester des Praktikums

Praktikumsstelle

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

Name der Institution

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Anleitende/r Psychologe/in

Name

Dipl.-Psych.

M.Sc.Psych.

sonstige: _____

e-mail

Telefon

Einsatzbereiche und Aufgaben im Rahmen des Praktikums

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Kontaktdaten der Praktikumsstelle vom Praktikumsbeauftragten interessierten Studenten zum Zwecke der Kontaktaufnahme zur Verfügung gestellt werden.

Ja

Nein

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift anleitende/r Psychologe/in