

Kooperatives Studium ja nein

Vor Antritt der Praxisphase ist dieses Formular im Praxisreferat abzugeben

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Matrikelnummer | <input type="text"/> | Studiengang | <input type="text"/> |
| Anrede <small>(bitte angeben, was gewünscht ist)</small> | Herr <input type="checkbox"/> | Frau <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| Nachname | <input type="text"/> | | |
| Vorname | <input type="text"/> | | |
| Straße | <input type="text"/> | | |
| PLZ | <input type="text"/> | Ort | <input type="text"/> |

| | |
|--------|----------------------|
| e-mail | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|

| | | | |
|--|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Betreuende(r) Professor(in) | <input type="text"/> | inkl. Thesis <input type="checkbox"/> | exkl. Thesis <input type="checkbox"/> |
| OK-Vermerk des Prof./LfbA, dass die Praxisphase betreut wird (Unterschrift) | <input type="text"/> | | |
| Beginn Praxisphase: | <input type="text"/> | Ende: | <input type="text"/> |
| Beginn Bachelor-Thesis: | <input type="text"/> | Ende: | <input type="text"/> |

| | | | |
|--------------------|----------------------|-----|----------------------|
| Firma: | <input type="text"/> | | |
| Straße | <input type="text"/> | | |
| PLZ | <input type="text"/> | Ort | <input type="text"/> |
| Ansprechpartner/in | <input type="text"/> | | |
| Telefon | <input type="text"/> | | |

Ich versichere, dass die o.a. Angaben richtig und vollständig sind.

Saarbrücken, den

Unterschrift der Studentin / des Studenten

**Bestätigung der betreuenden Person seitens der htw saar
(nach Abschluss des Praxissemesters)**

Das o. a. Praxissemester wurde

erfolgreich nicht erfolgreich abgeschlossen.

Saarbrücken,

Datum Unterschrift der zuständigen Professorin / des zuständigen Professors