

Matrikel-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichnung des Studiums

B																	
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die/den  
Studiendekan/in  
Vorsitzende/n der Curricula-Kommission für das Studium

Eingangsvermerk des Dekanates/ der Curricula-Kommission

Interdisziplinäre Geschlechterstudien

## Antrag auf Genehmigung der Absolvierung einer berufsorientierten/facheinschlägigen (Auslands-) Praxis

gemäß § 16 Abs. 2 (freies Wahlfach) oder § 17 (Praxis) Satzungsteil Studienrechtliche Bestimmungen

### Antragsteller/in:

Erstantrag (Zutreffendes ankreuzen):

☐ ja

☐ nein

(bei nein, bitte bereits genehmigte Praktika in Kopie beilegen)

Geburtsdatum

Familienname,  
Vorname(n)

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift

Telefon

E-Mail-Adresse

(Zutreffendes ankreuzen):

☐ **A** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer berufsorientierten Praxis gem. § 16 Abs. 2 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (freies Wahlfach),

☒ **B** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer facheinschlägigen Praxis gem. § 17 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (Praxis),

☐ **C** Auslandspraxis:

☐ **C 1** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer berufsorientierten Praxis gem. § 16 Abs. 2 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (freies Wahlfach),

☐ **C 2** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer facheinschlägigen Praxis gem. § 17 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (Praxis),

☐ **C 3** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung eines studienbezogenen freiwilligen Praktikumsaufenthalts als sinnvolle Ergänzung

für das Studium Interdisziplinäre Geschlechterstudien / im Vertiefungsmodul:

(Bezeichnung des Studiums)

an der Karl-Franzens-Universität Graz.

### Betrieb/Einrichtung, bei dem/der die Praxis absolviert werden soll bzw. Titel der wiss. Veranstaltung:

Bezeichnung

Anschrift

Kontaktperson

Telefon

E-Mail-Adresse

voraussichtliche

Dauer

von

bis

Dauer in Wochen

Ausmaß der Tätigkeit (Arbeitsstunden)

Datum

Unterschrift der/des Studierenden

**Angaben zur vorgesehenen/angestrebten Tätigkeit bzw. zur wiss. Veranstaltung und deren Relevanz für das angegebene Studium (auszufüllen durch die/den Studierende/n):**


**Bei Antrag auf Genehmigung von A oder C1 auszufüllen:**

**Stellungnahme der/des Vorsitzenden der Curricula-Kommission, insb. Festlegung der ECTS-Punkte (8 Wochen-Vollbeschäftigung = 12 ECTS):**

Die Absolvierung der Praxis bei o.a. Betrieb/Einrichtung/Veranstalter wird im Ausmaß von.....ECTS-Punkten	<input type="checkbox"/> <b>genehmigt</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt*</b>
* Begründung (bei negativer Entscheidung):		

Datum	Unterschrift /Stempel
Name/Funktion	

**Genehmigung durch die/den Studiendekan/in:**

Die Absolvierung der Praxis in o.a. Betrieb/Einrichtung wird	<input type="checkbox"/> <b>genehmigt</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt*</b>
* Begründung (bei negativer Entscheidung):		

Datum	Unterschrift /Stempel
Name/Funktion	

**Bei Antrag auf Genehmigung von B / C 2 / C 3 auszufüllen:**

**Genehmigung durch die/den Vorsitzende/n der Curricula-Kommission bzw. StudiendekanIn (REWI):**

Die Absolvierung der Praxis bei o.a. Betrieb/Einrichtung/Veranstalter wird im Ausmaß von.....4.....ECTS-Punkten (laut Curriculum)	<input type="checkbox"/> <b>genehmigt</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht genehmigt*</b>
* Begründung (bei negativer Entscheidung):		

Datum	Unterschrift /Stempel
Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr.habil. PhD Libora Oates-Indruchova/Cuko - Vorsitzende	
Name/Funktion	

**Kenntnisnahmen durch die/den Studiendekan/in:  
(GEWI,NAWI,SOWI,THEOL.,URBI)**

Datum	Unterschrift /Stempel
-------	-----------------------

Ao.Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.Dr.phil. Dr. theol. Theresia Heimerl  
Funktion: Studiendekanin

## Bestätigung über die absolvierte Praxis

Nach Absolvierung der Praxis vom Betrieb, der Einrichtung bzw. dem Veranstalter auszufüllen.

Dient zur Vorlage an das zuständige studienrechtliche Organ der Karl-Franzens-Universität Graz für die Berücksichtigung der Praxis als freies Wahlfach bzw. als Praxis (vgl. §§ 16 und 17 des Satzungsteiles Studienrechtliche Bestimmungen der Karl-Franzens-Universität Graz). Diese Bestätigung kann durch eine Teilnahmebestätigung ersetzt werden.

### Betrieb/Einrichtung, bei dem/der die Praxis absolviert wurde bzw. die wiss. Veranstaltung besucht wurde:

Bezeichnung .....

Anschrift .....

Kontaktperson .....

Telefon ..... E-Mail-Adresse .....

### Praxis-/Arbeits-/Teilnahmebestätigung für:

Geburtsdatum

Familienname,  
Vorname(n) .....

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Anschrift .....

Art der  
Beschäftigung .....

(Voluntariat, Ferialpraxis, wiss. Tätigkeit...)

Dauer der  
Beschäftigung  
von ..... bis .....

Ausmaß der  
Beschäftigung ..... Arbeits-  
stunden .....

(Vollbeschäftigt, Teilzeit, wiss. Tätigkeit...)

### Anmerkungen und Beschreibung der Tätigkeit /aktiven Teilnahme an der wiss. Veranstaltung

(sofern diese nicht mit den stichwortartigen Angaben zur vorgesehenen/angestrebten Tätigkeit übereinstimmen)

.....  
Datum

Unterschrift und firmenmäßige Zeichnung  
des Betriebes/der Einrichtung/des Veranstalters

**Bei Antrag auf Genehmigung von C auszufüllen:**

## Confirmation

To be filled in by the host institution/host organisation after the placement.

For university use:

*Dient zur Vorlage an das zuständige studienrechtliche Organ der Karl-Franzens-Universität Graz für die Berücksichtigung der Praxis als freies Wahlfach bzw. als Praxis (vgl. §§ 16 und 17 des Satzungsteiles Studienrechtliche Bestimmungen der Karl-Franzens-Universität Graz). Diese Bestätigung kann durch eine Teilnahmebestätigung ersetzt werden.*

### Host Institution / Host Organisation:

Name

.....

Address

.....

Contact Person

.....

Telephone

.....

Email

.....

### Confirmation of Placement / Work / Participation issued for:

Date of birth

Family name,  
first name

.....

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Address

.....

Type of  
employment

.....

(Voluntary service, internship, academic activity,...)

Duration of  
employment  
from

.....

to

.....

Extent of  
employment

.....

Working  
hours

.....

(Full time, part time, ...)

### Comments and description of employment / of active participation in an academic activity:

(in case of changes to „Stichwortartige Angaben zur vorgesehen/angestrebten Tätigkeit und deren Relevanz für das angegebene Studium“ / page 2)

.....  
Date

.....  
Signature and stamp of host institution

**Karl-Franzens-Universität Graz**  
**Die/Der Studiendekan/in**



**Die durch Frau/Herrn**

Familienname,  
Vorname(n) .....

Anschrift .....

in der Zeit von ..... bis .....

im Betrieb/in der Einrichtung/beim Veranstalter

Bezeichnung .....

Anschrift .....

**absolvierte Praxis/aktive Teilnahme an der wiss. Veranstaltung wird als**

(Zutreffendes ankreuzen):

- ☐ **A** freies Wahlfach iSd § 16 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von.....ECTS,
- ☒ **B** Praxis iSd § 17 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von...4.....ECTS,
- ☐ **C** (bei Auslandspraxis):
- ☐ **C 1** freies Wahlfach iSd § 16 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von.....ECTS,
- ☐ **C 2** Praxis iSd § 17 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von.....ECTS,

**für das Studium:**

Interdisziplinäre Geschlechterstudien

Studienkennzahl:

B 066 808

☐ **anerkannt.**

☐ **nicht anerkannt.\***

**\* Begründung (bei ablehnender Entscheidung):**

**Die/Der Studiendekan/in:**

Datum

Unterschrift /Stempel

Ao.Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.Dr.phil. Dr. theol. Theresia Heimerl

Studiendekanin

Name/Funktion