

Matrikel-Nr.

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

Kennzeichnung des Studiums

B	0	6	6	8	0	8			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

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 **genehmigt** **nicht genehmigt***

* 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 **genehmigt** **nicht genehmigt***

* 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) **genehmigt** **nicht genehmigt***

* Begründung (bei negativer Entscheidung):

.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift /Stempel

.....
Univ.-Prof.ⁱⁿ 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.ⁱⁿ 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 Arbeitsstunden

(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.ⁱⁿ Mag.Dr.phil. Dr. theol. Theresia Heimerl

.....
Studiendekanin

Name/Funktion