

Matrikel-Nr.

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

Kennzeichnung des Studiums

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

An die  
**Vizestudiendekanin und die  
 Vorsitzende der Curricula-Kommission für das Studium**  
 Interdisziplinäre Geschlechterstudien

Eingangsvermerk des Dekanates/ der Curricula-Kommission

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

gemäß § 10 Abs. 3 (freies Wahlfach) oder § 11 (Praxis) Satzungsteil Studienrechtliche Bestimmungen

### Antragsteller\*in:

Erstantrag (Zutreffendes ankreuzen):

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

Familienname,  
 Vorname(n) .....

Geburtsdatum

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

Anschrift .....

Telefon .....

E-Mail-Adresse .....

(Zutreffendes ankreuzen):

- A** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer berufsorientierten Praxis gem. § 10 Abs.3 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (freies Wahlfach),
- B** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer facheinschlägigen Praxis gem. § 11 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (Praxis),
- C Auslandspraxis:**
  - C 1** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer berufsorientierten Praxis gem. § 10 Abs.3 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen (freies Wahlfach),
  - C 2** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung einer facheinschlägigen Praxis gem. § 11 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 .....

an der 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 Studierende\*n

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


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

**Stellungnahme der Vorsitzenden der Curricula-Kommission, insb. Festlegung der ECTS-Punkte (eine Woche Vollbeschäftigung entspricht 1,5 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 Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> habil. Libora Oates-Indruchova, PhD Vorsitzende der Curriculakommission
----------------	--

**Genehmigung durch die Vizestudiendekanin:**

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 Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Martina Bär Vizestudiendekanin
----------------	---

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

**Genehmigung durch die Vorsitzende der Curricula-Kommission:**

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. <sup>in</sup> habil. Libora Oates-Indruchova, PhD Vorsitzende der Curriculakommission
----------------	--

**Kenntnisnahmen durch die Vizestudiendekanin:**

..... Datum	..... Unterschrift /Stempel Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Martina Bär Vizestudiendekanin
----------------	---

Bei Antrag auf Genehmigung von A oder B auszufüllen:

## Bestätigung über die absolvierte Praxis

Nach Absolvierung der Praxis vom Betrieb, der Einrichtung bzw. den Veranstalter\*innen auszufüllen.  
Dient zur Vorlage an das zuständige studienrechtliche Organ der Universität Graz für die Berücksichtigung der Praxis als freies Wahlfach bzw. als Praxis (vgl. §§ 10 und 11 des Satzungsteiles Studienrechtliche Bestimmungen der 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/der Veranstalter\*innen

**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 Universität Graz für die Berücksichtigung der Praxis als freies Wahlfach bzw. als Praxis (vgl. §§ 10 und 11 des Satzungsteiles Studienrechtliche Bestimmungen der 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

# Universität Graz

## Die Vizestudiendekanin

**Die durch**

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 § 10 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von.....ECTS,
- B** Praxis iSd § 11 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von...4.....ECTS,
- C** (bei Auslandspraxis):
  - C 1** freies Wahlfach iSd § 10 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von.....ECTS,
  - C 2** Praxis iSd § 11 des Satzungsteils Studienrechtliche Bestimmungen im genehmigten Ausmaß von.....ECTS,

**für das Studium:** Interdisziplinäre Geschlechterstudien Studienkennzahl:  

B	066	808																	
---	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> <b>anerkannt.</b>	<input type="checkbox"/> <b>nicht anerkannt.*</b>
<b>* Begründung (bei ablehnender Entscheidung):</b>	

**Die Vizestudiendekanin**

..... Datum ..... Unterschrift /Stempel

Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Martina Bär