



Matrikel-Nr.

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

Kennzeichnung des Studiums

U	B																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eingangsvermerk des Dekanates/ der Curricula-Kommission

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

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

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

Antragsteller/in:

Erstantrag (Zutreffendes ankreuzen):

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

Familienname,
Vorname(n):

(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 (Pflichtpraktikum),
- ☐ **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 (Pflichtpraktikum),
- ☐ **C 3** Ich beantrage die Genehmigung zur Absolvierung eines studienbezogenen freiwilligen Praktikumsaufenthalts als sinnvolle Ergänzung

für das Studium

(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

Ausmaß der Tätigkeit
(Arbeitsstunden/Woche):

Datum

Unterschrift der/des Studierenden

[illegible]

.....
Unterschrift /Stempel

.....
Unterschrift /Stempel

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 Pflichtpraktikum (vgl. §§ 10 Abs. 3 und 11 des Satzungsteiles Studienrechtliche Bestimmungen der Karl-Franzens-Universität Graz). Diese Bestätigung kann durch eine Teilnahmebestätigung ersetzt werden. Die Angaben müssen korrekt angeführt sein. Bei fehlerhaften Angaben ist von einer Korrektur abzusehen und jedenfalls eine neue Bestätigung einzuholen.

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

Tätigkeitsbeschreibung (auszufüllen durch den Arbeitgeber):

.....
Datum

.....
Unterschrift und firmenmäßige Zeichnung (Stempel)
des Betriebes/der Einrichtung/des Veranstalters

Confirmation

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

For university use:

Serves as a submission to the responsible student body of the Karl-Franzens-University Graz for the consideration of the practice as a free optional subject or as a compulsory internship (see §§ 10 (3) and 11 of the statute of the study law of the Karl-Franzens-University Graz). This confirmation can be replaced by a confirmation of participation.

The information must be correct. In the case of incorrect information, no correction shall be made and in any case to get a new confirmation.

Host Institution / Host Organisation:

Name

Address

Contact Person

Telephone Email

Confirmation of Placement / Work / Participation issued for:

Family name, first name Date of birth

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/week
(Full time, part time, ...)

Job description (to be completed by the employer):

.....
Date

.....
Signature and stamp of host institution