



Matrikel-Nr.

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

Kennzeichnung des Studiums

UB									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Eingangsvermerk des Dekanates/ der Curricula-Kommission

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

an der Universität Graz.

Der Antrag bezieht sich auf folgendes Studium:

- Bachelor Master 13 W Master 20/21 Spezialisierungsmodul: _____

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

Auszufüllen durch die/den Studierende/n: AUSFÜHRLICHE (gegebenenfalls Beiblätter hinzufügen!)
 Angaben zur vorgesehenen Tätigkeit bzw. zur wiss. Veranstaltung und deren Relevanz für das angegebene
 Studium. INSBESONDERE bei Pflichtpraktika (§ 11) hat das Praktikum mit den Erfordernissen des
 Curriculums übereinzustimmen. In Zweifelsfällen ist im VORFELD DES PRAKTIKUMS mit dem zuständigen
 studienrechtlichen Organ Kontakt aufzunehmen.

Bei Antrag A / C 1 durch das zuständige studienrechtliche Organ auszufüllen:

Die Absolvierung der Praxis in o.a. Betrieb/Einrichtung wird im Ausmaß
 von..... ECTS-Punkten (8 Wochen Vollbeschäftigung =
 12 ECTS) für das

Studium:

Studienkennzahl:

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

genehmigt/anerkannt

nicht genehmigt/nicht anerkannt*

* Begründung (bei negativer Entscheidung):

Datum

Unterschrift /Stempel

Bei Antrag B / C 2 / C 3 durch das zuständige studienrechtliche Organ auszufüllen:

Die Absolvierung des Pflichtpraktikums in o.a. Betrieb/Einrichtung wird
 im Ausmaß von..... ECTS-Punkten (siehe Curriculum)

für das

Studium:

Studienkennzahl:

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

genehmigt/anerkannt

nicht genehmigt/nicht anerkannt*

* Begründung (bei negativer Entscheidung):

Datum

Unterschrift /Stempel



Beilage zum Vorausbescheid – Antrag Praxis			
Vor- und Zuname:			
Hauptstudium / Studien ID:			
Matrikelnummer:		Telefonnr.:	
E-Mail-Adresse:			
Anschrift:			
<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich das Bachelorstudium Sport- und Bewegungswissenschaften AB der Studienplanversion 13 W positiv absolviert habe.			
<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich das Bachelorstudium Sport- und Bewegungswissenschaften VOR der Studienplanversion 13 W positiv absolviert habe.			

Voraussetzungen für die facheinschlägige Praxis (nur) im Bereich Trainingstherapie: ==> bitte ausfüllen:

LV-Nr.	LV Titel + Typ	Kst.	Datum	Note
403.044	Interne Erkrankungen I VO	2		
403.943	Interne Erkrankungen II VO	1,5		
403.948	Psychosomatische/Psychiatrische Erkrankungen VO	2		
403.013	Neurologische Erkrankungen VO	1,5		
403.018	Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates I VO	1,5		
403.030	Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates II VO	1,5		
BSA.05301UB *	Erste Hilfe	1		
403.001 *	Hygiene	1		
403.006	Berufsrecht und Pflichten VO	1,5		
403.001	Kommunikation und Motivation VO	1,5		
403.004 **	BV TT Interne Erkrankungen	1,5		
403.907 **	BV TT Erkrankungen Bewegungs- und Stützapparat	1,5		
403.012 **	BV TT Neurologie oder Psychiatrie/Psychosomatik	1,5		

* Entweder die Prüfung „403.307 Erste Hilfe u. Hygiene“ **oder statt dessen** die Prüfungen „BSA.05301UB Erste Hilfe“ und „403.001 Hygiene“

** Mind. 2 Begleitveranstaltungen aus den Fächern der angestrebten Praxisrichtungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angeführten Daten:

Datum und Unterschrift StudentIn

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:

Matrikelnummer:

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

Geburtsdatum

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

Familienname, Vorname(n)

Anschrift

Art der Beschäftigung

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

Dauer der Beschäftigung von bis

Gesamtausmaß Praktikum in Stunden:

Angaben des/der Studierenden:

Der Antrag bezieht sich auf folgendes Studium:

Bachelor Master 13 W Master 20/21 Spezialisierungsmodul

Datum

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