



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

UNIVERSITÄT GRAZ UNIVERSITY OF GRAZ

Institut für Bewegungswissenschaften, Sport und Gesundheit



Beilage zum Vorausbescheid – Antrag Praxis			
Vor- und Zuname:			
Hauptstudium / Studien ID:			
Matrikelnummer:		Telefonnr:	
E-Mail-Adresse:			
Anschrift:			
☐ Hiermit bestätige ich, dass ich das Bachelorstudium Sport- und Bewegungswissenschaften AB der Studienplanversion 13 W positiv absolviert habe.			
☐ 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	2		
403.907 **	BV TT Erkrankungen Bewegungs- und Stützapparat	2		
403.012 **	BV TT Neurologie oder Psychiatrie/Psychosomatik	2		

* 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

Familienname,
Vorname(n)

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

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

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:

Registration number:

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

Date of birth

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

Family name,
first name

Address

Type of
employment

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

Duration of
employment
from

to

Total amount of
training hours

Comments of Students:

The application refers to following study:

☐ Bachelor ☐ Master 13 W ☐ Master 20/21 specialisation module:

Date

Signature and **stamp** of host institution