Fakultät
Angewandte Gesundheitswissenschaften

TECHNISCHE HOCHSCHULE DEGGENDORF

Antrag zur Verkürzung oder Anrechnung des studienintegrierten Praktikums
für den Bachelorstudiengang
Physician Assistant / Medizinische Versorgung

Application for Shortening or Crediting the Study-Integrated Internship
for the Bachelor Programme
Physician Assistant / Medical Care

vom Studierenden auszufüllen

Angaben zum Studierenden / *Student information:*

Name / *Name:*

Matrikelnummer / *Matriculation number:*

Semester / *Semester*:

☐ Aufgrund beiliegendem Nachweis (abgeschlossene Ausbildung) bitte ich um Anerkennung an Stelle von /
Based on the enclosed documents, I request the acknowledgement in place of

☐ Berufsfelderkundung ☐ Praxissemester Note:

☐ Aufgrund beiliegendem Nachweis (Praktikumbestätigung o.ä. **mit Note**) bitte ich um Anerkennung an Stelle von /
Based on the enclosed documents, I request the acknowledgement in place of

☐ Berufsfelderkundung Note:

Institution, an der die Leistung erfüllt wurde / *Institution where the internship was completed:*

Tätigkeitsnachweis (ggf. Abschlusszeugnis) / *Activity report:*

(ggf.) Gesamtstundenzahl /
Total number of hours:

vom Praktikumsbeauftragten auszufüllen

_____
Datum und Unterschrift des Studierenden / *Date and signature of the student*

☐ Das Praktikum wird anerkannt. / *The internship will be counted.*

☐ Das Praktikum wird teil anerkannt. / *The internship will be counted.*

Es müssen noch _____Wochen absolviert werden. / They have to serve _____weeks.

☐ Das Praktikum wird nicht anerkannt. / *The internship will not be counted.* Grund / *Reason:*

_____
Datum & Unterschrift des Praktikumbeauftragten (THD) / *Date & Signature of the Internship Administrator (DIT)*

FORMULAR MUSS VOM STUDIERENDEN MIT DEM PC AUSGEFÜLLT WERDEN / *FORM MUST BE COMPLETED BY THE STUDENT WITH THE PC*