

Universität Siegen
Fakultät V
Prüfungsamt Psychologie
Adolf-Reichwein-Str. 2a/ AR-NB 0136
57068 Siegen

Praktikumsheft

2PSYMA08 „Berufspraktische Tätigkeit“

FPO 2020-1

Matrikelnummer: _____

Nachname, Vorname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Handynummer: _____

Inhalt:

- Praktikumsnachweis
- Beleg über den Praktikumsbericht

Hinweis: Bitte reichen Sie das Praktikumsheft nach Vollendung des Moduls 2PSYMA08
„Berufspraktische Tätigkeit“ über den Praktikumsbeauftragten im Prüfungsamt ein.

Universität Siegen
Fakultät V
Prüfungsamt Psychologie
Adolf-Reichwein-Str. 2a/ AR-NB 0136
57068 Siegen

Praktikumsnachweis

gemäß § 5 der Fachprüfungsordnung vom 10.06.2020
für das Fach Psychologie im Masterstudium an der Universität Siegen

Berufspraktische Tätigkeit

Matrikelnummer: _____

Nachname, Vorname: _____

Praktikumsbeauftragte/r: _____

Praxisstelle: _____

Name der Einrichtung

Straße

Postleitzahl/Ort

Telefon

E-Mail/Homepage

Leitung

Name Praxisanleiter/in
(mit Berufsbezeichnung
und **Dienststempel**): _____

Matrikelnummer: _____

Aufgabenbereich der Einrichtung:

Praktikumsbeginn: _____

Praktikumsende: _____

Stunden insgesamt:

Tage insgesamt:

Ort/Datum

Unterschrift **der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters**

Ort/Datum

Unterschrift **der Praktikantin/des Praktikanten**

Das Pflichtpraktikum wird genehmigt: ja nein

Der Praktikumsbericht wurde vorgelegt und entspricht den Anforderungen ja nein kein Bericht erforderlich

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der/s Praktikumsbeauftragten

Einverständniserklärung:

1. Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten institutions- bzw. unternehmensbezogenen Daten (*Name und Kontaktdaten, Aufgabenbereiche der Institution, Arbeitsaufgaben während des Praktikums*) von der Universität Siegen zum Zwecke der Übersicht von Praktikumeinrichtung in einem studienganginternen Infoportal (online einsehbar für Studiengangmitglieder) erhoben, verarbeitet und genutzt oder veröffentlicht werden dürfen. Falls nein: Bitte streichen.
2. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung jederzeit ohne die Entstehung von Nachteilen widerrufen werden kann.
Der Widerruf erfolgt bei **Universität Siegen, Fakultät V, Department Psychologie, Prüfungsamt**, Frau Christiane Krippendorf, Adolf-Reichwein-Str. 2a / AR-NB 0136, 57068 Siegen (Tel: 0271 740-5545, pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de).
3. Die Universität Siegen versichert, dass keine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt.

Ort/Datum

Unterschrift **der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters**

Hinweis: Bitte fügen Sie diesen Praktikumsnachweis in Ihr Praktikumsheft ein.