

Bestätigung verpflichtende Praxis

Name: _____ Matrikelnummer: _____
Praxiszeitraum von _____ bis _____ Arbeitstage (Vollzeitbasis): _____
Firma: _____ UID: _____
Adresse: _____
Durchgeführte Tätigkeiten (Stichworte)
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:
Datum, Unterschrift, Firmenstempel:

Ansuchen um Anrechnung von (bitte Zutreffendes markieren):

Verpflichtende Praxis	Teil 1	Teil 2	Teil 3	Teil 4
Vornehmlich durchgeführt im		Inland		Ausland
Studium: _____				
Praxischwerpunkt (falls zutreffend): _____				
Datum: _____ Unterschrift der/des Studierenden: _____				

Diese Bestätigung ist zusammen mit einem vom Studierenden/von der Studierenden unterschriebenen Tätigkeitsbericht bei der/dem Studiengangsbeauftragten einzureichen (siehe Hinweise ab Blatt 2).

Die facheinschlägige Praxis im Ausmaß von _____ ECTS wird anerkannt.
Übertrag Arbeitstage (falls zutreffend): _____
Datum: _____ Studiengangsbeauftragte/r: _____

Confirmation of Compulsory Internship

Name: _____ Student ID No.: _____
Internship from _____ to _____ working days (based on fulltime): _____
Company: _____ VAT ID Number: _____
Address: _____
Tasks performed (only key words)
We certify this information to be correct:
Date, Signature, Company's stamp:

Application for approval of (please tick applicable boxes)

Compulsory Internship Part 1 Part 2 Part 3 Part 4

Mainly carried out in Austria abroad

Study program: _____

Focus of internship (if applicable): _____

Date: _____ Student's signature: _____

This confirmation must be handed in to the Program Director together with a signed activity report (see information on the following pages).

Approval of relevant Internship of _____ ECTS.
Carried forward working days (if applicable): _____
Date: _____ Program Director: _____