



Praktikum Anerkennungsbogen

Fachbereich Psychologie

**Berufs- oder Forschungspraktikum gem. § 23 BPO 2021
Modul 17**

Universitätsstraße 10, PF 34
D-78464 Konstanz
Tel +49 7531 88 - 2319
Fax +49 7531 88 - 2899
praktikum.psychologie@uni-konstanz.de
www.psychologie.uni-konstanz.de

Angaben zur praktikumsgebenden Institution

Name der Institution: _____

Anschrift: _____

Vor- u. Nachname der Betreuungsperson (MSc/Dipl.-Psych.): _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Website: _____

Angaben zum Mitglied der Studierenden

Vor-/Nachname: _____

Matrikelnummer: _____ E-Mail: _____

Praxiszeit: mind. 4 Wochen in Vollzeit mind. 5 Wochen in Vollzeit mind. 6 Wochen in Vollzeit mind. 10 Wochen in Vollzeit
 oder ca. 150 Stunden in Teilzeit oder ca. 195 Stunden in Teilzeit oder ca. 240 Stunden in Teilzeit oder ca. 390 Arbeitsstunden in Teilzeit

Das Praktikum wurde vom (tt.mm.jjjj) _____ bis zum (tt.mm.jjjj) _____ abgeleistet.

Semester: Sommersemester _____ Wintersemester _____

Ganztagsstelle

oder

Teilzeitstelle bzw. flexibles Teilzeitmodell

Hinweis: Unter 20% muss eine StPA Genehmigung vorliegen.

Fachliche Anleitung und Supervision der Praktikumskraft wurden von dem/der anleitenden Diplom- bzw. Master-Psychologen*in der praktikumsgebenden Institution im Umfang von mindestens 2 Stunden pro Woche gewährt:

Ja

Nein

Hinweis: StPA Genehmigung muss vorliegen

Die wesentlichen psychologischen Aufgaben waren (ggf. gesondertes Blatt mit Stempel und Unterschrift verwenden):

Ort, Datum

Ort, Datum

Name in Blockschrift

Unterschrift des Mitglieds der Studierenden

Stempel, Unterschrift der Praxiseinrichtung