

## Anmeldung für die Berufsqualifizierende Tätigkeit I

§7 Studienordnung für den Bachelorstudiengang Psychologie vom 1.7.2020 (Verkündungsblatt Heft 151 - Nr.6/2020)

### Praktikant/in

Vorname, Name: _____	
Matrikelnummer: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	
Telefon/E-Mail: _____	

Ich versichere hiermit, dass es sich beim geplanten Praktikum um ein Pflichtpraktikum im Sinne der oben genannten Studienordnung handelt.

- 1)  Ich bestätige hiermit, dass ich darüber informiert wurde, dass das Praktikum bei Ziel der Approbation in einer Einrichtung des Gesundheitswesens und unter Anleitung von approbierten Psychotherapeut/innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen abgeleistet werden muss.
- 2a)  Mindestens eines der Kriterien aus 1) trifft auf das von mir angemeldete Praktikum **nicht** zu und ich entscheide mich bewusst gegen ein approbationskonformes Praktikum.
- ODER**
- 2b)  Die Kriterien aus 1) treffen auf das von mir gewählte Praktikum zu, sodass ich ein approbationskonformes Praktikum absolviere.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Praktikant/in

### Praktikumsstelle

Institution: _____	
Adresse: _____	
Telefon/E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Vorgesehener Zeitraum: _____	Stundenzahl (mind. 240h): _____
Geplante Tätigkeiten: _____ _____	
Name und Qualifikation der Betreuerin/des Betreuers der Praktikumsstelle: _____	

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift psychologische/psychotherapeutische Betreuung

### Einverständnis Studiengangskoordination der Universität Hildesheim:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Universität Hildesheim