|  |
| --- |
| **T.C. TÜRKISCH – DEUTSCHE UNIVERSITÄTFAKULTÄT FÜR NATURWISSENSCHAFTENEinverständniserklärung zur Durchführung eines Praktikums** |
|  |  |  |  |
|  |  |  | ……./……./20……. |
| **An die zuständige Stelle** |
|  |  |  |  |
| Studierende unserer Fakultät sind verpflichtet, ein Praktikum im Rahmen des Studiums zu absolvieren. Laut § 5510 des Sozialversicherungs- und allgemeinen Krankenversicherungsgesetzes werden die Praktikanten während der Praktikumsdauer von unserer Fakultät in der gesetzlichen Versicherung versichert. Falls der/die unten genannte Student/-in sein/ihr Praktikum in der Zeit vom …. bis zum …. (… Arbeitstage) bei Ihrem Unternehmen durchführen kann, füllen Sie bitte die untenstehenden Felder aus und reichen Sie uns dieses Formular unterschrieben ein.  |
|  |
| Vizedekan |
| i.A. des Dekans |
| **Angaben zum/zur Student/-in** |
| Vor-, Nachname |   |   |
| TR-Bürgeridentitätsnummer |   |   |
| Abteilung |   |   |
| Akademisches Jahr/Semester |   |   |
| Telefonnummer |   |   |
| E-Mail |   |   |
| Adresse |   |   |
| **Angaben zum Unternehmen** |
| Name des Unternehmens |   |   |
| Telefonnummer |   |   |
| E-Mail |   |   |
| Webseite |   |   |
| **Angaben zum Praktikum** |
| Abteilung |   |   |
| Thema |   |   |
| Beginn des Praktikums | ……./……./20……. | Praktikumsdauer: ……Tage |
| Ende des Praktikums | ……./……./20……. |   |
| Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben genannten Angaben und erkläre mich damit einverstanden, mein ........ – tägigen Praktikum im oben genannten Zeitraum durchzuführen. Ich verpflichte mich, die Fakultätssekretariat mindestens 10 Tage vorher schriftlich zu benachrichtigen, wenn sich der Praktikumszeitraum ändert oder wenn ich das Praktikum absagen/abbrechen würde; ansonsten die mir entstehenden Versicherungskosten selber zu tragen. Unterschrift Student/in ……./……./20……   |
| **Praktikumszuständige/-n** **(Unternehmen)** | **Praktikumszuständige/-n** **(Lehrstuhl)** |
| Vor,- Nachname |   | Vor,- Nachname |   |
| Titel |   | Titel |   |
| Telefonnummer |   | Datum |   |
| E-Mail |   | Unterschrift |    |
| Unterschrift/Stempel |    |  |