

| Antrag auf ein Praktikum | |
|--|--|
| Antragsdatum: _____ | |
| von Praktikant*in auszufüllen: | |
| 1. Kontaktdaten Praktikant*in: | |
| Anrede: _____ | Geburtsdatum: _____ |
| Name, Vorname: _____ | E-Mail: _____ |
| Anschrift: _____ | Tel. Nr.: _____ |
| PLZ, Ort: _____ | Staatsangehörigkeit: _____ |
| 2. Gewünschte/r Einsatzort und Dauer des Praktikums: | |
| Ausschreibungskennziffer: _____ | |
| Klinik / Institut / GB: _____ | |
| vom: _____ | bis einschließlich: _____ |
| Dauer der regelmäßigen tägl. Arbeitszeit (h/Woche): _____ | |
| Haben Sie an der UMG bereits ein Praktikum absolviert? | |
| nein | ja |
| von: _____ | bis: _____ |
| 3. Art des Praktikums: | |
| Schülerpraktikum | |
| Vorpraktikum / freiwilliges Praktikum als Orientierung für Ausbildung / Studium, das der Entscheidungsfindung dient, eine Ausbildung / ein Studium aufzunehmen | |
| Zwischenpraktikum / Pflichtpraktikum (Studium) | |
| Zwischenpraktikum / Pflichtpraktikum (Ausbildung) | |
| Praxisanleiter notwendig | ja |
| | nein |
| Zwischenpraktikum / Pflichtpraktikum (Umschulung) | |
| Praxisanleiter notwendig | ja |
| | nein |
| Zwischenpraktikum / freiwilliges Praktikum, begleitend zu einer Schul- oder Hochschulausbildung | |
| _____ | _____ |
| Datum | Unterschrift Praktikant*in |
| von Klinik / Institut / GB / PDL auszufüllen: | |
| dem o.g. wird ein Praktikum zur Verfügung gestellt: | |
| | ja |
| | nein |
| Wenn Nein , dann Bewerbungsunterlagen an den GB Personal senden! | |
| Wenn Ja : | |
| Tatsächlicher Einsatzort: _____ | |
| Zeitraum: _____ | bis einschließlich _____ |
| Ansprechpartner*in: _____ | |
| Telefonnummer: _____ | |
| Praxisanleitung gewährleistet: | |
| | ja |
| | nein |
| unmittelbaren Patientenkontakt: | |
| | ja |
| | nein |
| Laborarbeit: | |
| | ja |
| | nein |
| Falls während des Praktikums Patientenkontakt besteht oder Laborarbeit ausgeführt wird, bitte den * die Praktikanten*in mit dem Formular ("Ärztliches Attest") zum Hausarzt schicken. Dieser Impfnachweis sollte schnellstmöglich, <u>mindestens jedoch 14 Tage vor Praktikumsbeginn</u> eingereicht werden. Liegt dieses nicht vor, kann das Praktikum <u>nicht angetreten werden.</u> | |
| _____ | _____ |
| Datum | Unterschrift Klinik / Institut / GB / PDL |