

Bestätigung verpflichtende Praxis

Name:	Matrikelnummer:							
Praxiszeitraum von	bis	A	Arbeitstag	ge (Vollzeitbasis):	_			
Firma:			เ	JID:	_			
Adresse:								
Durchgeführte Tätigkeiten (Stichworte)								
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:								
Datum, Unterschrift, Firmenstemp	oel:							
Ansuchen um Anrechnung v	on (bitte	Zutreffen	ides ma	rkieren):				
Verpflichtende Praxis	Teil 1	Teil 2	Teil 3	Teil 4				
Vornehmlich durchgeführt im	Ir	nland		Ausland				
Studium:								
Praxisschwerpunkt (falls zutreffend):								
Datum:Un	terschrift d	er/des Stud	ierenden	:				
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:	<u></u>	Student ID	No.:				
Internship from	_ to	work	ing days (based	on fulltime):			
Company:	VAT ID Number:						
Address:							
Tasks performed (only key words)							
We certify this information to	ho corroct:						
we certify this information to	be correct.						
Date, Signature, Company's st	amp:						
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 signa	ature:					
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:							