



Name:	Studiengang:	
E-Mail:	Matrikel:	Matrikelnr.:

Hochschule Zittau/Görlitz  
Fakultät Sozialwissenschaften – Praxisamt  
PF 300 648  
**02811 G ö r l i t z**

## PRAXISSTELLENANZEIGE

### Modul mit Praxistanteilen – Praxisexploration und Praxiseinrichtung

Ich beabsichtige meine <sup>1</sup>

Praxisexploration (Modul M0-B) im Wintersemester .....

voraussichtlich in folgender Einrichtung zu absolvieren:

*(bitte genaue Bezeichnung und Anschrift der Praxisstelle, nach Möglichkeit auch Ansprechperson, deren Funktion und Telefonnummer)*

.....  
.....  
.....  
.....

Träger dieser Einrichtung ist:

*(bitte genaue Bezeichnung des Trägers der Einrichtung, evtl. auch Anschrift)*

.....  
.....  
.....  
.....

Ich werde nach den bisherigen Absprachen in folgendem Bereich der Einrichtung tätig sein:

.....  
.....

b.w.

---

<sup>1</sup> bitte zutreffendes markieren

**Inhalte**

Hier werde ich mich nach den bisherigen Absprachen vor allem auf folgende Schwerpunkte konzentrieren können:

.....

.....

.....

.....

**Praxisanleitung**

Meine Anleitung wird Herr/Frau ..... übernehmen.

Er/Sie hat den Berufsabschluss als ..... seit .....  
(*bitte genaue Bezeichnung laut Urkunde*)

einschließlich staatlicher Anerkennung:      ja       nein

Er/Sie ist hauptamtlich in der Funktion als .....

und seit ..... in o.g. Einrichtung tätig.

**Weitere Informationen**

*Bitte fügen Sie aktuelle Informationen zur Einrichtung/zum Träger – z. B. Flyer, Konzeptionen, Selbstdarstellungen, Leistungsbeschreibungen, Organigramme, Geschäftsverteilungspläne – bei oder senden diese direkt an das Praxisamt.*

Aktuelle Informationen zur Einrichtung und zum Träger

füge ich hier bei       werden dem Praxisamt von der Einrichtung übersandt  
 liegen dem Praxisamt bereits vor.

**Unterschriften/Zustimmung**

Wir sind bereit, dem Studenten/der Studentin mit den hier getroffenen Absprachen die Ableistung des praktischen Studienanteils in dem genannten Zeitraum zu ermöglichen und den Studenten/die Studentin auf der Grundlage der geltenden Ordnung\* auszubilden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Student/in

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift Vertreter/in der  
Einrichtung/des Trägers

Die Mitarbeiter/innen des Praxisamtes gehen davon aus, dass die hier getroffenen Vereinbarungen in die Ausbildungsvereinbarung übernommen werden.

Zustimmung durch die Hochschule:

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Vertreter/in des Praxisamtes Fakultät S