

Orientierungspraktikum Bachelor Psychologie TU Dresden

Studierende:r

Vorname	
Name	
Matrikelnummer	

Institution (Klinik, Firma usw.)

Name	
Adresse	

In der Einrichtung tätige:r Psychotherapeut:in / Kinder- und Jugendpsychotherapeut:in

Name	
Vorname	
Betreuer:in	Ja Nein

Bei Praktikumsbetreuung durch andere Person – bitte angeben:

Diplom-Psycholog:in

Master in Psychologie

Name	
Vorname	

Beginn des Praktikums	
Ende des Praktikums	
Arbeitsstunden insgesamt	

Inhalte des Praktikums

--

Ich versichere hiermit, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Studierenden