

Bestätigung verpflichtende Praxis

Name: _____ Matrikelnummer: _____
Praxiszeitraum von _____ bis _____ Arbeitstage (Vollzeitbasis): _____
Firma: _____ UID: _____
Adresse: _____
Durchgeführte Tätigkeiten (Stichworte)
Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:
Datum, Unterschrift, Firmenstempel:

Ansuchen um Anrechnung von (bitte Zutreffendes markieren):

Verpflichtende Praxis	Teil 1	Teil 2	Teil 3	Teil 4
Vornehmlich durchgeführt im		Inland		Ausland

Studium: _____

Praxischwerpunkt (falls zutreffend): _____

Datum: _____ Unterschrift der/des Studierenden: _____

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: _____



Tätigkeitsbericht verpflichtende Praxis

Name: _____ Matrikelnummer: _____

Praxisteil 1 2 3 4 Falls mehr als 1 Seite: Blatt ___ von ___

Studium: _____

Erläuterung der Tätigkeiten:

Datum

Name und Unterschrift der/des Studierenden

Fragenbogen zur Evaluation von Praktika

Mit diesem Fragenbogen möchten wir die absolvierten Praktika unserer Studentinnen und Studenten aus der Unternehmenssicht bewerten. Dafür würden wir Sie bitten, den Fragebogen vollständig und kritisch auszufüllen. Dies ermöglicht uns den derzeitigen Lehrbetrieb zu verbessern und das Curriculum auf die Anforderungen von Unternehmen anzupassen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

**Informationen der Studentin/des Studenten**

Familien- und Vorname der Studentin/des Studenten

Informationen zum Praktikum

Name des Unternehmens

Standort

Aufgabengebiet der Studentin/des Studenten

Evaluierung

Die Studentin/der Student hatte ausreichend Wissen für ihre/sein Arbeitsgebiet bereits vor Praktikumsbeginn

Stimme ich
vollkommen zu

Stimme ich
absolut nicht zu

Die Studentin/der Student hat alle, für seinen Arbeitsbereich benötigten Programme ausreichend beherrscht

Stimme ich
vollkommen zu

Stimme ich
absolut nicht zu

Die durchzuführenden Arbeiten konnte die Studentin/der Student weitgehend selbstständig ausführen

Stimme ich
vollkommen zu

Stimme ich
absolut nicht zu

Gibt es Bereiche, in denen Sie sich wünschen würden, dass unsere Studentinnen/Studenten noch besser auf das Berufsleben vorbereitet werden? Falls ja, welche?

Ja

Nein

Falls Ja, welche?

Hat Ihr Unternehmen Interesse an Projekten oder einer Kooperation mit dem Lehrstuhl Industrielogistik?

Ja

Nein

Hat Ihr Unternehmen Interesse an der Vergabe von Themen für Bachelor- bzw. Masterarbeiten?

Ja

Nein

Hat Ihr Unternehmen Interesse weitere Studentinnen/Studenten einzustellen?

Ja

Nein

Falls Ja, wer ist hierfür die Ansprechperson?

Familien- und Vorname der Ansprechperson

Funktion/Organisationseinheit

Telefonnummer oder E-Mail-Adresse

Gibt es irgendwelche zusätzlichen Dinge, die Sie uns mitteilen wollen?

Evaluierung durchgeführt durch

Funktion/Organisationseinheit

Telefonnummer oder E-Mail-Adresse

Datum und Firmenstempel: _____