

Antrag auf Verkürzung des berufspraktischen Jahres

Name	Vorname
Anschrift	
Geburtsdatum	Telefon
E-Mail	
Bachelor Studiengang Soziale Arbeit Pädagogik der Kindheit	Matrikel-Nr.
Regulärer Zeitraum	Beantragte Verkürzung zum

Dem Antrag sind beigelegt
Kopie Arbeitsvertrag/ schriftliche Zusage über Weiter- oder Neubeschäftigung im Feld der Sozialen Arbeit oder der
Kindheitspädagogik (Nachweis über mind. 0,5 Stelle für 6 Monate)

Datum **Unterschrift Antragsteller:in**

Einverständnis der Praxisstelle

Das berufspraktische Jahr kann zum _____ (letzter Arbeitstag) beendet werden.

Anzahl Fehltage _____

Wir bestätigen das Erreichen der Ausbildungsziele.

Datum **Unterschrift und Stempel der Praxisstelle**

Dem Antrag wird stattgegeben.

Dem Antrag wird nicht stattgegeben.

Datum

Der Dekan