Über das Studienzentrum der Dorothea-Schlözer-Schule

Jerusalemsberg 1-3

23568 Lübeck

An die

Fachhochschule des Mittelstands

Prüfungsamt

Ravensberger Str. 10G

33602 Bielefeld

Lübeck, 01.12.2023

**Praxisbescheinigung zum FHM-Modul „Studium in der Praxis (SiP)“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf vorliegender Praxisbescheinigung bestätigen wir, dass Frau/ Herr VORNAME, NAME, geb. am GEBURTSDATUM, in den für das Unter-, Mittel- und Oberstufenpraktikum angegebenen Zeiträumen in unserer Einrichtung beschäftigt war.

Sollte o.g. Praktikant/in vor Ablauf der vorgesehenen Zeiträume die jeweilige Einrichtung verlassen, liegt die Informationspflicht gegenüber des Studienzentrums bzw. der Fachhochschule des Mittelstands bei Frau/ Herrn VORNAME, NAME.

Unterstufenpraktikum: Zeitraum vom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ Wochen).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort| Datum | Unterschrift Einrichtungsleitung / Personalabteilung | Einrichtungsstempel |

Mittelstufenpraktikum: Zeitraum vom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ Wochen).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort| Datum | Unterschrift Einrichtungsleitung / Personalabteilung | Einrichtungsstempel |

Oberstufenpraktikum: Zeitraum vom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ Wochen).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort| Datum | Unterschrift Einrichtungsleitung / Personalabteilung | Einrichtungsstempel |