**Praktikumsbescheinigung**

**für das  Bachelor- /  Master-Studium in Psychologie**

**an der Technischen Universität Darmstadt**

**(*Zutreffendes bitte ankreuzen*)**

Frau / Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

hat in dem Zeitraum vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in unserer Einrichtung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Name und Anschrift der Einrichtung)*

unter der Betreuung der/des  Dipl.-Psych.  M. Sc. (Psych.)  (sonst.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Name der Betreuerin/des Betreuers)*

ein \_\_\_\_\_\_\_\_\_-wöchiges berufsorientierendes Praktikum in Vollzeit/Teilzeit absolviert und hat insgesamt \_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden erbracht.

Die/der Studierende war mit folgenden Aufgaben betraut bzw. hat folgende berufsrelevante Erfahrungen gesammelt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift der/des Betreuerin/Betreuers Stempel der Einrichtung

bzw. Leiterin/Leiters der Einrichtung