
Vor- und Zuname

Anschrift

Matrikel-Nr.

E-Mail

@uni-trier.de

Tel. Nr.

Antrag auf Genehmigung des berufsbezogenen Praktikums im Master Psychologie

Ich befinde mich z.Zt. im _____. Semester.

Ich bitte darum, mir das folgende 6-wöchige Praktikum zu genehmigen:

Institution, an der das Praktikum abgeleistet werden soll/ Anschrift

Zeitraum, in dem das Praktikum absolviert wird

Name der/des betreuenden Psychologin/Psychologen (wenn kein Psychologe, Name Betreuer)

E-Mail-Kontakt der/des betreuenden Psychologin/Psychologen

Aufgrund fehlender Betreuung durch Psychologin/Psychologe vor Ort, übernimmt die externe Betreuung an der Universität Trier:

Berufs-/Tätigkeitsbereich des Praktikums (ggf. Doppelnennungen):

- Personalbereich (z.B. Eignungsdiagnostik, Berufsberatung, Personalentwicklung etc.)
- Arbeit & Gesundheit (z.B. betriebliches Gesundheitsmanagement, Gefährdungsanalysen etc.)
- Organisationsberatung (z.B. Unternehmensberatungen etc.)
- Werbung/Marketing
- Familienbetreuung/-beratung (z.B. Erziehungsberatung)
- Schulpsychologie
- Kinder- und Jugendarbeit
- Gerontopsychologie
- Justiz und Forensische Psychologie
- Psychotherapie in Klinik/Ambulanz/Suchttherapie (klinische Psychologie)
- andere _____

Handelt es sich um eine Tätigkeit im Rahmen eines Forschungsprojektes? **Ja** **Nein**

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ferner versichere ich, dass durch das Praktikum keine Fehlzeiten im Rahmen meiner curricularen Verpflichtungen entstehen.

Trier, den _____

Unterschrift

Praktikum genehmigt

Ja **Nein**

Trier, den _____

Der/die Vorsitzende des PA Psychologie