BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!!!

Antrag auf ein Praktikum

Vom Praktikanten auszufüllen: Antragsdatum: _____

1. Kontaktdaten des Praktikanten/ der Praktikantin:

Anrede: _____ Geburtsdatum: _____
Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____ Tel. Nr.: _____
PLZ, Ort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

2. Gewünschte/r Einsatzort und Dauer des Praktikums:

Klinik/Institut/ Verwaltungseinheit: _____

vom: _____ bis einschließlich: _____
Dauer der regelmäßigen täglichen Arbeitszeit: _____
Haben Sie am KKH Wolgast bereits ein Praktikum absolviert?
Nein Ja Von: Bis:

3. Art des Praktikums:

Schülerpraktikum
Vorpraktikum /freiwilliges Praktikum als Orientierung für Ausbildung/Studium, das der Entscheidungsfindung dient, eine Ausbildung / ein Studium aufzunehmen
Zwischenpraktikum/Pflichtpraktikum (Studium)
Zwischenpraktikum/Pflichtpraktikum (Ausbildung)
Praxisanleiter notwendig ja nein
Zwischenpraktikum/Pflichtpraktikum (Umschulung)
Praxisanleiter notwendig ja nein
Zwischenpraktikum/freiwilliges Praktikum, begleitend zu einer Schul- oder Hochschulausbildung

_____
Datum/ Unterschrift Praktikant/in

Klinik/Institut/ Verwaltungseinheit/PDL auszufüllen:

dem o.g. kann ein Praktikum zur Verfügung gestellt werden: Ja Nein
Wenn **Nein,** dann Bewerbungsunterlagen an Dezernat Personal senden!
Wenn **Ja**:
Tatsächlicher Einsatzort: _____
Zeitraum: _____ bis einschließlich _____
Ansprechpartner/in: _____
Telefonnummer: _____

Praxisanleitung gewährleistet: Ja Nein
unmittelbaren Patientenkontakt: Ja Nein
Laborarbeit: Ja Nein

Falls während des Praktikums Patientenkontakt besteht oder Laborarbeit ausgeführt wird, bitte den/ die Praktikanten/in mit dem Formular ("Ärztliches Attest") zum Hausarzt schicken. Dieser Impfnachweis sollte schnellstmöglich ,mindestens jedoch 14 Tage vor Praktikumsbeginn eingereicht werden. Liegt dieses nicht vor, kann das Praktikum nicht angetreten werden.

_____
Datum Unterschrift Klinik/Institut/ Verwaltungseinheit/PDL