****

**Institut für Rettungsingenieurwesen**

**und Gefahrenabwehr**

An den

Praxissemesterbeauftragten

Prof. Dr. Ompe Aimé Mudimu

Betzdorfer Str. 2

50679 Köln

**Antrag auf Zulassung zum Praxissemester** Semester Jahr

**Angaben zur Person**

Name: Name

Vorname: Vorname

Matrikelnummer: Matrikelnummer

Anschrift: Straße Hausnummer

 PLZ Wohnort

Staat: Staat

Telefon: Telefonnummer

**Foto**

Rückseite mit Namen und Matrikelnummer versehen

E-Mail-Adresse: E-Mail-Adresse

Betreuender Professor/Lehrbeauftragter: Betreuer

Zulassung (vom Praxissemesterbüro auszufüllen)

zugelassen am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben zur Praxissemesterstelle**

Name: Name der Praxissemesterstelle

Anschrift: Straße Hausnummer

 PLZ Ort

Bundesland: Bundesland

Staat: Staat

Zeitraum: Beginn bis Enddatum

Branche: Wählen Sie ein Element aus.

**Angaben zur Abteilung**

Abteilung: Name der Abteilung

Abteilungsleiter: Name des Abteilungsleiters

Erreichbarkeit: E-Mail-Adresse des Abteilungsleiters

 Telefonnummer des Abteilungsleiters

**Angaben zum Sachgebiet**

Sachgebiet: Name des Sachgebiets

Sachgebietsleiter: Name des Sachgebietsleiters

Erreichbarkeit: E-Mail-Adresse des Sachgebietsleiters

 Telefonnummer des Sachgebietsleiters

**Betreuungsperson an der Praxissemesterstelle**

Name: Name der Betreuungsperson

Erreichbarkeit: E-Mail-Adresse der Betreuungsperson

 Telefonnummer der Betreuungsperson

**Angaben zur Tätigkeit**

Kurze Beschreibung der Tätigkeit in Stichworten

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum Praxissemester gem. § 4 der Praxissemesterordnung vom 15. Mai 2018. Die geforderten Unterlagen sind dem Antrag vollständig beigefügt.

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

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Den Antrag in zweifacher Ausfertigung (eine mit Foto) einreichen.

Bitte fügen Sie dem Antrag einen Auszug Ihres Notenspiegels (ECTS) bei.