

Universität Siegen  
Fakultät V  
Prüfungsamt Psychologie  
Adolf-Reichwein-Str. 2a/ AR-NB 0136  
57068 Siegen

## **Praktikumsheft**

**2PSYMA08 „Berufspraktische Tätigkeit“**

**FPO 2020-1**

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Inhalt:

- Praktikumsnachweis
- Beleg über den Praktikumsbericht

Hinweis: Bitte reichen Sie das Praktikumsheft nach Vollendung des Moduls 2PSYMA08  
„Berufspraktische Tätigkeit“ über den Praktikumsbeauftragten im Prüfungsamt ein.

Universität Siegen  
Fakultät V  
Prüfungsamt Psychologie  
Adolf-Reichwein-Str. 2a/ AR-NB 0136  
57068 Siegen

## **Praktikumsnachweis**

gemäß § 5 der Fachprüfungsordnung vom 10.06.2020  
für das Fach Psychologie im Masterstudium an der Universität Siegen

### **Berufspraktische Tätigkeit**

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Praktikumsbeauftragte/r: \_\_\_\_\_

Praxisstelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail/Homepage

\_\_\_\_\_  
Leitung

Name Praxisanleiter/in  
(mit Berufsbezeichnung  
und **Dienststempel**): \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Aufgabenbereich der Einrichtung:

---

---

---

---

---

---

---

Praktikumsbeginn: \_\_\_\_\_

Praktikumsende: \_\_\_\_\_

Stunden insgesamt:

Tage insgesamt:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **der Praktikantin/des Praktikanten**

**Das Pflichtpraktikum wird genehmigt:       ja  nein**

Der Praktikumsbericht wurde vorgelegt und entspricht den Anforderungen  ja  nein  kein Bericht erforderlich

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der/s Praktikumsbeauftragten

**Einverständniserklärung:**

1. Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten institutions- bzw. unternehmensbezogenen Daten (*Name und Kontaktdaten, Aufgabenbereiche der Institution, Arbeitsaufgaben während des Praktikums*) von der Universität Siegen zum Zwecke der Übersicht von Praktikumeinrichtung in einem studienganginternen Infoportal (online einsehbar für Studiengangmitglieder) erhoben, verarbeitet und genutzt oder veröffentlicht werden dürfen. Falls nein: Bitte streichen.
2. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass diese Einwilligung jederzeit ohne die Entstehung von Nachteilen widerrufen werden kann.  
Der Widerruf erfolgt bei **Universität Siegen, Fakultät V, Department Psychologie, Prüfungsamt**, Frau Christiane Krippendorf, Adolf-Reichwein-Str. 2a / AR-NB 0136, 57068 Siegen (Tel: 0271 740-5545, [pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de](mailto:pruefungsamt@psychologie.uni-siegen.de)).
3. Die Universität Siegen versichert, dass keine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **der Praxisanleiterin/des Praxisanleiters**

Hinweis: Bitte fügen Sie diesen Praktikumsnachweis in Ihr Praktikumsheft ein.