

## Antrag auf Verkürzung des berufspraktischen Jahres

Name	Vorname
Anschrift	
Geburtsdatum	Telefon
E-Mail	
Bachelor Studiengang Soziale Arbeit      Pädagogik der Kindheit	Matrikel-Nr.
Regulärer Zeitraum	Beantragte Verkürzung zum

Dem Antrag sind beigelegt  
Kopie Arbeitsvertrag/ schriftliche Zusage über Weiter- oder Neubeschäftigung im Feld der Sozialen Arbeit oder der  
Kindheitspädagogik (Nachweis über mind. 0,5 Stelle für 6 Monate)

Datum **Unterschrift Antragsteller:in**

### Einverständnis der Praxisstelle

Das berufspraktische Jahr kann zum \_\_\_\_\_ (letzter Tag der Beschäftigung) beendet werden.

Anzahl Fehltage \_\_\_\_\_

Wir bestätigen das Erreichen der Ausbildungsziele.

Datum **Unterschrift und Stempel der Praxisstelle**

Interner Vermerk ggf. Einzelfallentscheidung:

Dem Antrag wird stattgegeben.

Dem Antrag wird nicht stattgegeben.

Dem Antrag wird teilweise stattgegeben.

Datum

Der Dekan