Formular drucken

HOCHSCHULE KOBLENZ
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
RheinAhrCampus

Name, Vorname:

PLZ, Ort, Straße:

E-Mail:

Matrikelnummer: **Studiengang:**

bitte Kürzel verwenden: BM, WM, MT, OLT, SMT, TM, SEG

Unterschrift Studierender:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die verbindliche Anmeldung

Praktische Studienphase/Praxisphase/Projektarbeit

vertraulich:

Titel:

Betreuer RAC:

sofern die Arbeit nicht hochschulintern gefertigt wird, geben Sie bitte an:

Externer Betreuer:

E-Mail:

Telefon:

Firma:

Beginn:
Laufzeit s. homepage P-Amt MuT

Unterschriften:

(Betreuer RAC) **(Stempel der Firma)** **(Firma)**

Hinweis:
Es wird empfohlen, dass Sie sich zu den Regelungen des Versicherungsschutzes Ihres Arbeitsvertrages erkundigen

Die Bestellung der Prüfer ist hiermit durch den PA genehmigt:

Datum: Unterschrift: