

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Matrikelnummer: _____

Geplantes Projektstudium:

bei der Firma: _____

in (Anschrift): _____

Anzahl der Mitarbeiter (ca.): _____ Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Branche: _____

Projekt; Themenstellung; Einsatzbereich(e):

Zeitraum des Projektstudiums: _____

Betreuerin / Betreuer der TH: _____

Vom Fachbereich auszufüllen

Voraussetzung für den Beginn des Projektstudiums

Nachweis aller Studien- und Prüfungsleistungen
des ersten bis vierten Fachsemesters

sind erbracht ☐

sind nicht erbracht ☐

.....
Datum / Handzeichen

Die Genehmigung kann erst erteilt werden, wenn die Voraussetzungen bestätigt sind!

☐ genehmigt

☐ nicht genehmigt

☐ Rücksprache

.....
Datum / Unterschrift Professor_in

**Diese Genehmigung ist zusammen mit dem Bericht und der Bescheinigung des Arbeitgebers
als PDF per Mail an den /die Betreuer_in sowie in cc an Frau kirsten.aurin@th-luebeck.de zu schicken.
Sollte eine Printversion von dem /der betreuenden Lehrenden gewünscht sein, so ist diese z.H. von
Frau Aurin zu schicken.**