

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Ort:

Matrikelnummer: _____

Vertiefungsrichtung

- ☐ Gesundheitswirtschaft
☐ Internationales Management
☐ International Business
(English Track)

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

alle Studien- und Prüfungsleistungen des ersten bis
dritten Fachsemesters sind

erbracht ☐

nicht erbracht ☐

Fehlende Leistungen:

.....
Datum / Handzeichen

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

- ☐ genehmigt
☐ nicht genehmigt
☐ Rücksprache

.....
Datum / Unterschrift Praktikumsbeauftragte_r

**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.**