

## Genehmigung des Projektstudiums für den Bachelor-Studiengang Food Processing

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort : \_\_\_\_\_

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

Das Projektstudium dauert 12 Wochen. Fehlzeiten dürfen nicht dazu führen, dass die 12 Wochen unterschritten werden. Das Projektstudium soll ohne Unterbrechung in einem Betrieb, möglichst an einem Arbeitsplatz, abgeleistet werden.

Geplantes Projektstudium:

bei der Firma : \_\_\_\_\_

in (Anschrift) : \_\_\_\_\_

Anzahl der Mitarbeiter : ca. \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

Branche : \_\_\_\_\_

Zeitraum des Projektstudiums: \_\_\_\_\_

Betreuer / Betreuerin der FHL: \_\_\_\_\_

Projekt; Themenstellung; Einsatzbereich(e):


↓ Vom Sekretariat auszufüllen ↓

### Voraussetzungen für die Genehmigung des Projektstudiums:

Beendigung des 5. Studienhalbjahres erfüllt:

Ja / Nein

.....  
Datum/Handzeichen

Genehmigt

Nicht genehmigt

Rücksprache

Lübeck, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Professor/in

Die erteilte Genehmigung zum Projektstudium ist zusammen mit dem Bericht und dem Original der Projektstudiums-Bescheinigung im Sekretariat abzugeben.