Beschluss vom 04.02.2025 des Prüfungsausschusses der

Staatlichen Studienakademie Breitenbrunn

Bescheinigung des Praxispartners über die planmäßige Durchführung des praktischen Studienabschnittes

Name, Vorname	Matrikelnummer
Studiengang / ggf. Studienrichtung	E-Mail

○ 1. Semester ○ 3. Semester ○ 5. Semester

○ 2. Semester ○ 4. Semester ○ 6. Semester

Zeitraum praktischen Studienabschnittes (von – bis): _____

Woche	**Einsatzort**	**Tätigkeiten** (ggf. Anlage beifügen)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift / Stempel des Dualen Praxispartners