

# Universität zu Lübeck Sozialpraktikum

Studiengang:	Matrikelnummer:	Semester:
Nachname:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	

## I. Bestätigung Praktikumsstelle

Nr.	Name Praktikums-Einrichtung	Anschrift Praktikums-Einrichtung	Unterschrift Praktikumsstelle
Name Praktikumsleiter/in:		Stempel	
Telefonnummer:			
Email:			
			Datum:

## II. Praktikum absolviert

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau ....., geb. ...., Matrikelnummer ....., in der oben genannten Einrichtung ein Sozialpraktikum im Umfang von 155 Arbeitsstunden absolviert hat.	Unterschrift Praktikumsstelle
Beginn am:	
Ende am:	
Bemerkung:	

## III. Teilnahme Seminare

	Vorbereitungsseminar am:		Unterschrift Dozent/in
1			
2	Nachbereitungsseminar am:		

## IV. Dokumentation

	Unterschrift Dozent/in
Bericht, Referat, Poster, Film, etc.:	
Zusatzleistung:	

**Bestätigung Vollständigkeit Leistungen Laufzettel (zu unterschreiben vom Referat Studium und Lehre Humanmedizin);**

Kontakt: Caterina Bahlmann, Email: [medizin.sozialpraktikum@uni-luebeck.de](mailto:medizin.sozialpraktikum@uni-luebeck.de); Tel.: 0451 3101 7010

---

Ort, Datum und Unterschrift Referat Studium und Lehre Humanmedizin