



## Anmeldung zum Praxissemester

Studiengang B.Sc. Neurowissenschaften  
Universität zu Köln

Persönliche Angaben	
Name, Vorname	
Matrikelnummer	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
E-Mail	

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Anfertigung des Praxissemesters von 6 Monaten in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der Arbeitsgruppe \_\_\_\_\_

am Institut \_\_\_\_\_

mit dem Thema \_\_\_\_\_

Name Betreuer(in) (in Druckbuchstaben)	
Ich erkläre hiermit verbindlich, dass ich das Praxissemester des oben aufgeführten Studierenden betreuen werde.	Ort, Datum
	Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der/des Studierenden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der/des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses