



1. Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum und -ort	
Staatsangehörigkeit	
Studiengang (Bachelor/Master)	
Fachsemester	
Hochschule	

2. Angaben zum Praktikum

Wunschzeitraum von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Alternativer Zeitraum von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Vollzeit (40 Stunden/Woche)

Teilzeit ____ Stunden pro Woche an ____ Tagen pro Woche

Üben Sie aktuell eine Tätigkeit als SHK/WHK am Universitätsklinikum Dresden aus?

Nein **Ja**, mit ____ Stunden/Woche

Falls ja, an welcher Klinik/ welchem Institut wird die Tätigkeit ausgeübt:

.....




Wunschabteilung (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

Abteilung nähere Informationen siehe Homepage	Erst- wunsch	Zweit- wunsch	Dritt- wunsch
Station S1			
Station S2			
Allgemeine Tagesklinik			
Tagesklinik für Angst- und Zwangserkrankungen			
Tagesklinik für Somatoforme Störungen			
Mutter-Kind-Tagesklinik			
Traumaambulanz			
Soziale Arbeit			
Spezialtherapien (Kunst- oder Körpertherapie) Auswahl bitte unterstreichen!			
Forschungsbereich (DREAM, Traumafolgestörungen, Bereich Peripartal- und Familienpsychosomatik) Auswahl bitte unterstreichen!			

Es handelt sich um ein:

Klinisches Praktikum

Forschungspraktikum

	Universitätsklinikum Dresden / Medizinische Fakultät der TU Dresden	
	Formular für die Bewerbung auf einen Praktikumsplatz	PSO

3. Erklärung über das Pflichtpraktikum (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Hiermit bestätige ich, dass ich das **Pflicht**praktikum über ____ Wochen bzw. ____ Stunden im Rahmen meines aktuellen Studiums **noch nicht** absolviert habe und noch **kein** Praktikum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus durchgeführt habe.

→ Die Studienordnung liegt bei (Dauer des Praktikums farbig markiert)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereits ____ Wochen bzw. ____ Stunden meines **Pflicht**praktikums über insgesamt ____ Wochen bzw. ____ Stunden im Rahmen meines aktuellen Studiums an folgender Stelle absolviert habe:

.....

Hiermit erkläre ich, dass ich ein **Wunsch**praktikum über ____ Wochen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus durchführen möchte und das **Pflicht**praktikum meines aktuellen Studiums über ____ Wochen bzw. ____ Stunden bereits an folgender Stelle absolviert habe:

.....

Eine **Kopie der Studienordnung** mit farbiger Markierung der Dauer des Pflichtpraktikums habe ich beigelegt.

.....

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit folgenden Unterlagen an:
Franziska.Ludwicki@ukdd.de

Unterlagen:

- Aktueller Lebenslauf
- Elektronisches Foto für den Mitarbeiterausweis
- Bewerbungsanschreiben
- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung (welche bis zum Praktikumsbeginn aktuell zu halten ist)
- Auszug aus der Studienordnung mit farbiger Markierung der festgelegten Dauer des Pflichtpraktikums
- Impfnachweis (siehe Link auf Homepage)
- Ggf. Aufenthaltsgenehmigung