

Antrag auf Beschäftigung Praktikant/ in

1. Kontaktdaten der Praktikantin/ des Praktikanten

Antragsdatum:

Anrede:

Staatsangehörigkeit:

Name: Vorname:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Handynummer:

Geburtsort:

Anschrift:

2. Einsatzort und Dauer des Praktikums

Klinik/ Institut/ Verwaltungsbereich:

vom:

bis:

Zugänge für IT notwendig?

ja *

nein

* **Hinweis:** Bitte die entsprechenden Anträge für IT-Anwendungen beifügen (<http://it-intra.med.uni-rostock.de/menus/schnellzugriff/downloads/>). Bei der Personalnummer fügen Sie bitte die 999 999 ein. Bitte händigen Sie das Merkblatt zum Datenschutz an den Praktikanten aus und lassen sich die Verpflichtungserklärung zum Datengeheimnis unterzeichnen. Diese Verpflichtungserklärung ist zusammen mit den IT-Anträgen einzureichen.

3. Art des Praktikums

Schülerpraktikum

Praktikum im Rahmen einer Ausbildung zum/ zur

Praktikum im Rahmen einer Weiterbildung zum/ zur

Praktikum im Rahmen einer Umschulung zum/ zur

Pflegepraktikum während eines Medizinstudiums (Bitte eine gültige Studienbescheinigung beifügen)

Praktikum in Vorbereitung auf ein evtl. Studium

Praktikum in Vorbereitung der Abschluss-, Diplomarbeit / Promotion

sonstiges:

Tatsächlicher Einsatzort:

Zeitraum

vom:

bis einschließlich:

Ansprechpartner/in:

Telefonnummer:

Unmittelbarer Patientenkontakt:

ja

nein

Laborarbeit:

ja

nein

Falls während des Praktikums Patientenkontakt besteht oder Laborarbeit ausgeführt wird, bitte den Praktikanten/ die Praktikantin mit dem Formular („Ärztliches Attest“) zum Hausarzt schicken. Das ärztliche Attest sollte schnellstmöglich, mindestens jedoch 14 Tage vor Praktikumsbeginn eingereicht werden. Liegt dieses nicht vor, kann das Praktikum leider nicht angetreten werden.

Unterschrift Ansprechpartner/in