

Zusammenarbeit und Anmeldung des Praktikumsbetriebes

Bitte füllen Sie dieses Formblatt vollständig aus und reichen Sie es bei der Verwaltung der DIGA Ingenieure Bildungszentrum GmbH ein.

Name/Vorname_____ Lehrgang:_____

Unternehmensname des Praktikumsbetriebes:

Standort (Adresse) des Praktikumsbetriebes:

Ansprechpartner im Betrieb (Name, Funktion, Kontakt):_____

Zeitraum der vier Praktikumsphasen (PRA 1-4): Vom____.____.2026 bis _____.____.2027

Tätigkeitsfeld / Einsatzbereich:_____

Kurzbeschreibung der Tätigkeit:_____

Ort, Datum:

Unterschrift des Teilnehmers:

PRA = Praktikumsphase

WEIL DU MEHR WILLST ALS THEORIE

