



## *Bewerbung als Praktikant/in*

im Bereich

Zeitraum vom  bis zum

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum, -ort	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>

## Allgemeine Voraussetzungen für ein Praktikum im PZN

- Eingang der Bewerbung im PZN mit allen erforderlichen Nachweisen spätestens 8 Wochen vor Beginn des Praktikums.
- Vergabe der Plätze bei gleicher Eignung in der Reihenfolge des Eingangs.
- Alle Praktikanten erhalten eine Bescheinigung. Sollte die Schule/Hochschule eine besondere Bescheinigung wünschen, so ist ein Vordruck mitzusenden.

Gründe für das Praktikum (zutreffendes bitte ankreuzen):

**Berufsorientierungspraktikum durch die Schule (BOGY, BORS)**

*Nachweis ist zu erbringen: Bestätigung der Schule*

**Sozialpraktikum durch die Schule (Bsp. „Compassion“)**

*Minstdauer: 10 Tage, Nachweis ist zu erbringen: Bestätigung der Schule*

**Pflichtpraktikum während eines Studiums oder einer Ausbildung, Praktikum während des Studiums der Pflegewissenschaft**

*Nachweis ist zu erbringen: Immatrikulationsbescheinigung, Studiengangs- bzw. Hochschulordnung*

(Bitte tragen Sie hier ein um welche Art des Pflichtpraktikums es sich handelt)

**Praktikum Duales Berufskolleg**

960 Stunden/ Jahr

*Nachweis ist zu erbringen: Schulbescheinigung*

**Praktikum während der Weiterbildung „Leitung einer Station“**

Minstdauer 1 Woche, Nachweis ist zu erbringen: Weiterbildungsnachweis, Bescheinigung des Arbeitgebers über das Beschäftigungsverhältnis

**Orientierungspraktikum für eine Berufsausbildung oder die Aufnahme eines Studiums**

(mindestens 1 Woche, maximal 3 Monate)

(Bitte tragen Sie hier ein für welche Berufsausbildung bzw. welchen Studiengang Sie sich interessieren)

**Begleitendes Praktikum zu einer Berufs- oder Hochschulausbildung**

(maximal 3 Monate, mit der Versicherung, dass mit dem PZN und Ihnen zuvor noch kein solches Praktikumsverhältnis bestanden hat)

*Nachweis der Ausbildung/des Studiums ist zu erbringen*

Welche Schulen haben Sie besucht?  
(Schule, von - bis, Schulabschluss)

Was haben Sie nach Ihrem Schulabschluss gemacht?  
(evtl. erlernter Beruf, Studium, Berufstätigkeit)

Welche Erwartungen haben Sie an das Praktikum?  
Welche Inhalte sollen vermittelt werden?

Warum möchten Sie Ihr Praktikum im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ableisten?

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praktikant/in

Ich bin einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter ein Praktikum im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ableistet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

