**Bitte einscannen und bei der örtlich zuständigen IAESTE-Betreuungsstelle einreichen**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Angaben zur Person*** | |
| Familienname: |  |
| Vorname: |  |
| Geschlecht (männl./weibl.): |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Angaben zum Studium*** | |
| Hochschule / Ort: |  |
| Studiengang: |  |
| Angestrebter Abschluss: |  |
| Bereits absolvierte Semester: |  |
| Voraussichtlich immatrikuliert bis: |  |
| Sprachkenntnisse: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Angaben zur gewünschten IAESTE- Praktikumsstelle im Ausland*** | | |
| Gewünschte Dauer des Praktikums in Monaten | Minimal: | Maximal: |
| Gewünschte Laufzeit des Praktikums: | Beginn des Praktikums frühestens: | Ende des Praktikums spätestens: |
| Bevorzugtes Zielland oder Region (kann nur nachrangig berücksichtigt werden): |  | |
| Ich bin mir bewusst, dass ich die Reisekosten selbst tragen muss und dass ich nur bei Praktika außerhalb der EU und des EWR einen Reisekosten-Zuschuss beantragen kann. Mir ist bekannt, dass ich etwaige entstehende Kosten (Visagebühren, Gesundheits-Vorsorgen etc.) selbst tragen muss. Ferner ist mir bekannt, dass ich nach Annahme der Praktikumsstelle (schriftlich auf dem entsprechenden IAESTE-Formular) nur noch nach Vorlage eines ärztlichen Attestes oder aufgrund nachweislich schwerwiegender Gründe das Praktikum absagen kann.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Datum Unterschrift** | | |