

Bestätigung und Stellungnahme der Ausbildungsstelle im Studiengang Digitales Verwaltungsmanagement B.A.

(gemäß § 17 APrODVM gD)

Praxisabschnitt:

Personalangaben

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Ausbildungsabschnitt:	von:	bis:	

Stammdaten Ausbildungsstelle (nach § 3 Abs. 2 APrODVM gD)

Ausbildungsstelle:			
Amt/Sachgebiet:			
Adresse:			
Ansprechpartner:			
E-Mail:		Telefon:	

Beurteiler/in

Name:			
Amt/Sachgebiet:			
Adresse:			
Stellenbezeichnung:			
E-Mail:		Telefon:	

Der Praxisabschnitt wurde mit einer Durchschnittsnote von abgeschlossen.

- Die Stellungnahme wurde am _____ bekanntgegeben.
- Die Stellungnahme wurde besprochen.
- Eine Besprechung der Beurteilung wurde nicht gewünscht.

Ort, Datum:

(Unterschrift Anwärter/in)

Ort, Datum:

(Unterschrift Beurteiler/in)

Ausbildungsstelle:			
Ausbildungsabschnitt:	von:	bis:	
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			

Konkrete Ausbildungsinhalte:

Ausbildungsstelle:			
Ausbildungsabschnitt:	von:	bis:	
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			

Beurteilung: (siehe § 24 Abs. 2 vgl. PDF - Erläuterungen zur Beurteilung)

Achtung: Noten bitte nur aus dem Menü auswählen, NICHT manuell eintragen.
Noten mit mehr als einer Nachkommastelle sind unzulässig.

Noten nach § 22 Abs. 1 APrODVM gD (vgl. PDF - Erläuterungen zur Beurteilung)						
	Übersicht	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend
Leistung						
Motivation		?	?	?	?	?
Arbeitseffizienz		?	?	?	?	?
Qualität		?	?	?	?	?
Fähigkeiten						
Auffassungsgabe/ Lernfähigkeit		?	?	?	?	?
schriftliche Ausdrucksfähigkeit		?	?	?	?	?
mündliche Ausdrucksfähigkeit		?	?	?	?	?
Flexibilität		?	?	?	?	?
selbständiges Arbeiten		?	?	?	?	?
Entwicklungspotential						
Befähigung, künftig Aufgaben zu bewältigen, die über das Niveau der gegenwärtigen Tätigkeiten hinausgehen		?	?	?	?	?
Durchschnitt:						

Anmerkungen:

Ausbildungsstelle:			
Ausbildungsabschnitt:	von:	bis:	
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			

Fehlzeiten:

Unterbrechungen/ Fehlzeiten: bitte jeden Tag aufführen, z.B. Krankheit, studienbedingtes Fehlen (z.B. Nachprüfung), Sonstiges:

von	bis	Grund

Ort, Datum:

_____ (Unterschrift Praxisstelle)