



INTERESSENSBEKUNDUNG AN EINEM AUSLANDSPRAKTIKUM (SMP)

**BITTE FÜLLEN SIE DIESES DOKUMENT VOLLSTÄNDIG AM PC AUS UND
SCHICKEN ES UNTERSCHRIEBEN AN: erasmus.praktikum@hu-berlin.de**

BEWERBER/IN

Name(n)			
Vorname(n)			
Telefon			
E-Mail			
Nationalität		Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d

Fakultät/Institut			
Studiengang (Haupt-/Nebenfach)			
Studienabschnitt	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/> MA	<input type="checkbox"/> Staatsexamen <input type="checkbox"/> PhD
Lehramt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zum Zeitpunkt des Praktikumsbeginns	<input type="checkbox"/> immatrikuliert (an HU)	<input type="checkbox"/> exmatrikuliert	

Bereits in Anspruch genommene Erasmus+ Förderung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> BA	insgesamt (alle Aufenthalte bisher):		Monate <input type="text"/> Tage <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MA	insgesamt (alle Aufenthalte bisher):		Monate <input type="text"/> Tage <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Staatsexamen	insgesamt (alle Aufenthalte bisher):		Monate <input type="text"/> Tage <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PhD	insgesamt (alle Aufenthalte bisher):		Monate <input type="text"/> Tage <input type="text"/>

PRAKTIKUM

Dauer (dd/mm/yyyy)	von:		bis:	
Land				
Stadt				
Unternehmen				
Arbeitsstunden/Woche		Arbeitsprache		
Eigenes Sprachniveau der Arbeitssprache	<input type="checkbox"/> B2*	<input type="checkbox"/> C1*	<input type="checkbox"/> C2*	<input type="checkbox"/> muttersprachlich

*Bitte Sprachnachweis (nicht älter als zwei Jahre) als Anlage zur Interessensbekundung beilegen!

MOTIVATIONSSCHREIBEN (kurze inhaltl. Beschreibung d. geplant. Aufenthalts)

1 Ausbildungs-Ziel des Praktikums:	
2 Erwarteter Mehrwert für mein Studium/Berufsziel:	
3 Meine fachlichen Voraussetzungen:	
Art des Praktikums	<input type="checkbox"/> Freiwilliges Praktikum <input type="checkbox"/> Pflichtpraktikum*

*Pflichtpraktikum: Das geplante Auslandspraktikum erfüllt die in der Prüfungsordnung definierten Voraussetzungen und wird nach erfolgreichem und vollständigen Absolvieren als erfüllte Leistung anerkannt. *[muss durch Prüfungsbüro bestätigt werden]*

VertreterIn Prüfungsbüro:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

UNTERSCHRIFT

Der/Die Bewerber/in		
Berlin, _____		
Datum	Unterschrift	



GRANT AGREEMENT

ZUR STUDIERENDENMOBILITÄT FÜR AUSLANDSPRAKTIKA (SMP)

DIESES DOKUMENT IST VOLLSTÄNDIG AM PC AUSZUFÜLLEN UND VOR REISEBEGINN IM ORIGINAL EINZUREICHEN

PRAKTIKUM

Zielland			
Zielort			
Praktikums-Unternehmen			
Erster Arbeitstag im Unternehmen*		Letzter Arbeitstag im Unternehmen*	

* Minimum: 60 Tage (ohne Reisetage)

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

ERASMUS-Code	D B E R L I N 1 3		
Anschrift	Unter den Linden 6, D-10099 Berlin		
ECHE	29975-LA-1-2014-1-DE-E4AKA1-ECHE		
Ansprechpartner	ERASMUS-Hochschulkoordinatorin Christina Bohle		
Abteilung	Abteilung Internationales	Studienjahr	20 /20
E-Mail und Telefon	christina.bohle@hu-berlin.de +49 30 2093-46715		

DER/DIE TEILNEHMER/IN

Nachname(n)			
Vorname(n)			
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
vollständige offizielle Anschrift in DE			
E-Mail-Adresse			
Telefonnummer			
HU-Matrikelnummer	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Studienphase	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Staatsexamen <input type="checkbox"/> PhD		
Lehramtsoption	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fächercode* (ISCED-F-Code)	<input type="text"/>
Fakultät / Institut			
Fachrichtung (angestrebter Abschluss)		Abgeschlossene Hochschuljahre	
Zum Zeitpunkt des Praktikumsantritts	<input type="checkbox"/> Immatrikuliert** <input type="checkbox"/> Nicht immatrikuliert (graduiert)		

*Übersichtstabelle zu den Codes in den Anlagen.

**Bitte reichen Sie einen Immatrikulationsnachweis ein!



Kontoverbindung des/der Teilnehmer/in für die Stipendienzahlung		
Kontoinhaber/in		
private Anschrift in Deutschland	Straße und Hausnr.	
	PLZ und Ort	
IBAN		
BIC		
Name der Bank		

FINANZIERUNGSPLAN [WIRD VOM ERASMUS-TEAM AUSGEFÜLLT]

Die/Der Teilnehmer/in erhält:

- Finanzielle Unterstützung aus Erasmus+ Mitteln der EU
- Zero Grant-Förderung
- Finanzielle Unterstützung aus Erasmus+ Mitteln der EU in Kombination mit Zero Grant-Förderung
- Die finanzielle Unterstützung umfasst auch Fördermittel für Teilnehmende mit Behinderung
- Die finanzielle Unterstützung umfasst auch Fördermittel für Teilnehmende mit Kind im Ausland

Zielland des Praktikums		Erasmus+ Förderung pro Monat (30 Tage)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€		
Für	<input type="text"/>	Monate und	<input type="text"/>	Tage wird eine Erasmus+ Förderung in Höhe von:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	gewährt.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nur der in der Antritts- und Durchführungsbestätigung tagesgenau zertifizierte Praktikumszeitraum gefördert wird.

Diese Anlagen und Anhänge sind fester Bestandteil des Grant Agreements:

Anhang I **Learning Agreement for Traineeships**
Dokumente **Certificate of Arrival, Versicherungsauskunft**
Online **EU-Survey, OLS-Sprachtest**

Anlage I **Besondere Bedingungen, Allgemeine Bedingungen**

UNTERSCHRIFTEN

Die/Der Teilnehmer/in	<input type="text"/>
Berlin, _____	_____
Datum	Unterschrift

Humboldt-Universität zu Berlin ERASMUS-Hochschulkoordinatorin
Berlin, _____
Datum Unterschrift

ES WERDEN AUSSCHLIESSLICH HANDSCHRIFTLICHE UNTERSCHRIFTEN AKZEPTIERT.

STATISTIK

Wie haben Sie von der Erasmus-Fördermöglichkeit erfahren?		
<input type="checkbox"/> Web: EU / DAAD	<input type="checkbox"/> Infoveranstaltung Institut/Fakultät	<input type="checkbox"/> Flyer
<input type="checkbox"/> Web: Humboldt-Universität	<input type="checkbox"/> Infoveranstaltung Abt. Internationales	<input type="checkbox"/> durch Freunde
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

**LEARNING AGREEMENT**

Student Mobility for Traineeships (SMP)

DIESES DOKUMENT IST VOM PRAKTIKUMSUNTERNEHMEN ZU UNTERZEICHNEN UND (ALS SCAN) VOR REISEBEGINN IN DER ABTEILUNG INTERNATIONALES EINZUREICHEN

PLANNED PERIOD OF THE INTERNSHIP

From (MM/YYYY)		To ¹ (MM/YYYY)	
City		Country	

TRAINEE

Last name(s)			
First name(s)			
Date of birth		Nationality ²	
Gender	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d	Field of Education ³	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Study Cycle	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Staatsexamen <input type="checkbox"/> PhD		

SENDING INSTITUTION: HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Erasmus code	D <input type="text"/> <input type="text"/> B E R L I N 1 3		
Adress	Unter den Linden 6 / 10099 Berlin / Germany		
Contact person	Christina Bohle (Erasmus-Coordinator)		
E-mail / phone	christina.bohle@hu-berlin.de / +49 30 2093-46715		
Department	International Department	Academic Year	20 /20

RECEIVING ORGANISATION/ENTERPRISE

Name		Size	<input type="radio"/> < 250 employees <input type="radio"/> > 250 employees
Adress (Street, N°)			
City, Country			
Department		Website	
Organisation type	<input type="checkbox"/> Public Body	<input type="checkbox"/> Beneficiary	<input type="checkbox"/> Non-Profit
Contact person ⁴	Name	Position	
	e-mail	Phone	
Mentor ⁵	Name	Position	
	e-mail	Phone	

BEFORE THE MOBILITY

Tabel A – Traineeship Programme at the Receiving Organisation/Enterprise			
Traineeship Title:			
Traineeship in digital skills ⁶ :	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Number of Working Hours per week ⁷ :
Detailed programme of the traineeship:			
Knowledge, skills and competences to be acquired by the end of the traineeship (expected Learning Outcomes):			
Monitoring plan:			
Evaluation plan:			
Main Language of Work:		Language Competence:	
		[B2 / C1 / C2 / native] ⁸	



Table B – Sending Institution | Please use only one of the following three boxes: 9

1. The traineeship is embedded in the curriculum and upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent)	Give a grade based on: Traineeship certificate <input type="checkbox"/> Final report <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/>
Record the traineeship in the trainee's Transcript of Records and Diploma Supplement (or equivalent).	
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. The traineeship is voluntary and, upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If yes, please indicate the number of credits:
Give a grade: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If yes, please indicate if this will be based on: Traineeship certificate <input type="checkbox"/> Final report <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/>
Record the traineeship in the trainee's Transcript of Records: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Record the traineeship in the trainee's Diploma Supplement (or equivalent).	
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

3. The traineeship is carried out by a recent graduate and, upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If yes, please indicate the number of credits:
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document (highly recommended): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Please note that Humboldt-Universität zu Berlin will NOT provide accident/liability/health insurance.

Table C – Receiving Organisation/Enterprise

The Receiving Organisation/Enterprise will provide financial support to the trainee for the traineeship: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If yes, amount (EUR/month):
The Receiving Organisation/Enterprise will provide a contribution in kind to the trainee for the traineeship: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please specify:	
The Receiving Organisation/Enterprise will provide an accident insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	The accident insurance covers: - accidents during travels made for work purposes: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - accidents on the way to work and back from work: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
The Receiving Organisation/Enterprise will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
The Receiving Organisation/Enterprise will provide appropriate support and equipment to the trainee.	
Upon completion of the traineeship, the Organisation/Enterprise undertakes to issue a Traineeship Certificate within 5 weeks after the end of the traineeship.	

By signing this document, the trainee, the Sending Institution and the Receiving Organisation/Enterprise confirm that they approve the Learning Agreement and that they will comply with all the arrangements agreed by all parties. The trainee and Receiving Organisation/Enterprise will communicate to the Sending Institution any problem or changes regarding the traineeship period. The Sending Institution and the trainee should also commit to what is set out in the Erasmus+ grant agreement. The institution undertakes to respect all the principles of the Erasmus Charter for Higher Education relating to traineeships.

COMMITMENT

	Trainee	Supervisor ¹⁰ at the Receiving Institution	Responsible Person at the Sending Institution
Name			Christina Bohle
E-Mail			christina.bohle@hu-berlin.de
Position	Trainee		Erasmus-Coordinator
Date			
Signature			

ONLY HANDWRITTEN SIGNATURES WILL BE ACCEPTED.

-
- ¹ **Duration:** Please note that the minimum stay is 60 days (without travel days).
- ² **Nationality:** Country to which the person belongs administratively and that issues the ID card and/or passport.
- ³ **Field of education:** The ISCED-F 2013 search tool available at http://ec.europa.eu/education/international-standard-classification-of-education-isced_en, should be used to find the ISCED 2013 detailed field of education and training that is closest to the subject of the degree to be awarded to the trainee by the sending institution.
- ⁴ **Contact person at the Receiving Organisation:** a person who can provide administrative information within the framework of Erasmus+ traineeships.
- ⁵ **Mentor:** the role of the mentor is to provide support, encouragement and information to the trainee on the life and experience relative to the enterprise (culture of the enterprise, informal codes and conducts, etc.). Normally, the mentor should be a different person than the supervisor.
- ⁶ **Traineeship in digital skills:** any traineeship where trainees receive training and practice in at least one or more of the following activities: digital marketing (e.g. social media management, web analytics); digital graphical, mechanical or architectural design; development of apps, software, scripts, or websites; installation, maintenance and management of IT systems and networks; cybersecurity; data analytics, mining and visualisation; programming and training of robots and artificial intelligence applications. Generic customer support, order fulfilment, data entry or office tasks are not considered in this category.
- ⁷ **Working hours:** The internship must be fulltime to qualify for Erasmus+ support. There is a minimum of 35 working hours per week. (Lehramt: time for class preparation included – minimum of 12 working hours per week)
- ⁸ **Level of language competence:** a description of the European Language Levels (CEFR) is available at: <https://europass.cedefop.europa.eu/en/resources/european-language-levels-cefr>
- ⁹ **There are three different provisions for traineeships:**
1. Traineeships embedded in the curriculum (counting towards the degree);
 2. Voluntary traineeships (not obligatory for the degree);
 3. Traineeships for recent graduates.
- ¹⁰ **Supervisor at the Receiving Organisation:** this person is responsible for signing the Learning Agreement, amending it if needed, supervising the trainee during the traineeship and signing the Traineeship Certificate. The name and email of the Supervisor must be filled in only in case it differs from that of the Contact person mentioned at the top of the document.



AUSKUNFT ZUM VERSICHERUNGSSTATUS

VERSICHERUNG

Mit einem Erasmus+ Mobilitätzuschuss ist **kein Versicherungsschutz** verbunden. Weder die EU Kommission noch die NA DAAD, noch die Humboldt-Universität zu Berlin haften für Schäden, die aus Krankheit, Unfall, Verletzung, Tod von Personen, Verlust oder Beschädigung von Sachen, Technik oder Menschen im Zusammenhang mit Erasmus+ Auslandsaufenthalten (Praktikum und andere) entstehen.

Der Projektträger ist verpflichtet, einen ausreichenden Versicherungsschutz der Geförderten sicherzustellen bzw. die Teilnehmenden ausreichend über die Erfordernisse im Gastland zu informieren. Folgende Versicherungen sollten gegeben sein: Lebens- und Reiseversicherung. **Für Praktika ist der Abschluss einer Unfall- und Haftpflichtversicherung (für Studierende der Medizin aus Berufshaftpflichtversicherung) sowie einer Krankenversicherung (inkl. Rückführungsversicherung) verpflichtend.**

Für alle Teilnehmenden am Erasmus+ Programm (auch Absolventen/Graduierte) besteht die Möglichkeit, in die Gruppenversicherung des DAAD aufgenommen zu werden, die einen umfassenden Versicherungsschutz bietet. (nach: Erasmus+ Leitfaden der NA DAAD für Projekte 2019 – Version I, Kapitel 9.11, S. 23)

PRAKTIKANT*IN

Nachname		Vorname	
Geb.-Datum		Zielland	
Dauer vom (dd/mm/yyyy)		bis zum (dd/mm/yyyy)	

KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

Versicherungsunternehmen	
Versicherungsnummer	

Mir ist bewusst, dass meine nationale Krankenversicherung (mit Europäischer Krankenversicherungskarte oder privater Versicherung) einen Grundversicherungsschutz bietet, möglicherweise jedoch unzureichend sein könnte, insbesondere, wenn ein Rücktransport oder besondere medizinische Eingriffe vonnöten sind.

HAFTPFLICHTVERSICHERUNGSSCHUTZ

durch die aufnehmende Einrichtung abgedeckt (s. Learning Agreement)

Versicherungsunternehmen	
Versicherungsnummer	

Durch diesen Haftpflichtversicherungsschutz sind durch mich am Arbeitsplatz verursachte Schäden abgedeckt.

UNFALLVERSICHERUNGSSCHUTZ

durch die aufnehmende Einrichtung abgedeckt (s. Learning Agreement)

Versicherungsunternehmen	
Versicherungsnummer	

Diese Versicherung deckt Schäden ab, die ich am Arbeitsplatz erleide (Arbeitsunfallversicherungsschutz).

BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNGSSCHUTZ (nur für Medizinstudierende)

Versicherungsunternehmen	
Versicherungsnummer	

Hiermit versichere ich, dass ich über ausreichend Versicherungsschutz in den Bereichen Kranken-, Haftpflicht- und Unfallversicherung (für Studierende der Medizin auch Berufshaftpflichtversicherung) für meinen Auslandsaufenthalt im Zuge des mit Erasmus+ Mitteln unterstützten Praktikums verfüge. Im Besonderen habe ich überprüft, dass meine Versicherungen im Zielland meines Praktikums in vollem Umfang gültig sind.

Ort, Datum

Unterschrift der teilnehmenden Person

ES WERDEN AUSSCHLIESSLICH HANDSCHRIFTLICHE UNTERSCHRIFTEN AKZEPTIERT.

LEARNING AGREEMENT

Student Mobility for Traineeships (SMP)

AFTER THE MOBILITY - CONFIRMATION

Tabel D – Traineeship Certificate by the Receiving Organisation/Enterprise			
Trainee	Last name		
	First name		
Receiving Organisation/Enterprise	Name		
	Sector		
	Address [Street, N°]		
	Address [City, Country]		
	Website, Email, Phone		
Start date and end date of traineeship	from [DD/MM/YYYY]		to [DD/MM/YYYY]
Traineeship title:			
Detailed programme of the traineeship period including tasks carried out by the trainee:			
Knowledge, skills (intellectual and practical) and competences acquired (achieved Learning Outcomes):			
Evaluation of the trainee:			

Date:	Name and signature of the Supervisor at the Receiving Organisation/Enterprise: