



AMENDMENT to Original Learning Agreement for Traineeships

Änderungsvertrag zu Original-Praktikumsvereinbarung

The Trainee • Praktikant(in)

Name/ First Name <i>(Vor-/ Zunamen)</i>		Matriculation Number <i>(Matrikelnummer)</i>	
Date of birth [dd/mm/yyyy] <i>(Geburtstag TT/MM/JJJ)</i>		Nationality ¹ <i>(Nationalität)</i>	
Sex [M/F] <i>(Geschlecht)</i>		Academic year <i>(Akademisches Jahr)</i>	20 . . /20 . .
Study cycle <i>(Studienphase)</i>	<input type="checkbox"/> BA (semester 1-6) <input type="checkbox"/> MA (semester 7-10) <input type="checkbox"/> doctorate <i>(Promotion)</i>	Study Programme <i>(Studiengang)</i>	
Phone <i>(Telefon)</i>		E-mail	

The Sending Institution • Entsendende Einrichtung

Name	Universität Leipzig	Erasmus+ code	D LEIPZIG01
Faculty <i>(Fakultät)</i>		Department <i>(Institut)</i>	
Address <i>(Adresse)</i>			
Contact person name/ E-Mail/ phone <i>(Kontakt im Fach/ E-Mail/ Telefon)</i>			

The Receiving Organisation/Enterprise • Praktikumseinrichtung

Name		Department <i>(Abteilung)</i>	
Sector <i>(Wirtschaftsbereich)</i>			
Address [street/ city/ country] <i>(Adresse: Straße/ Ort/ Land)</i>			
Website <i>(Webseite)</i>			
Size of enterprise <i>(Größe der Einrichtung)</i>	<input type="checkbox"/> 1-50 <input type="checkbox"/> 51-500 <input type="checkbox"/> more than 500 employees <i>(mehr als 500 Mitarbeiter)</i>		
Contact person name/ e-mail/ phone <i>(Kontakt Name/ E-Mail/ Telefon)</i>			
Mentor name/e-mail <i>(Betreuer Name/ E-Mail)</i>			

¹ according to ID card and/or passport • laut Ausweis oder Pass

Section to be completed DURING THE MOBILITY¹

Abschnitt WÄHREND DES AUSLANDSAUFENTHALTS auszufüllen

I. EXCEPTIONAL MAJOR CHANGES TO THE TO THE PROPOSED MOBILITY PROGRAMME AS SET OUT IN THE ORIGINAL LEARNING AGREEMENT

WICHTIGE ÄNDERUNGEN ZUR ORIGINAL PRAKTIKUMSBESCHEINIGUNG

Planned period of the mobility: <i>Gepante Praktikumsdauer:</i>	from [day/month/year] <i>von [Tag/ Monat/ Jahr]</i>	till [day/month/year] <i>bis [Tag/ Monat/ Jahr]</i>
Number of working hours per week: <i>Arbeitsstunden pro Woche</i>	Traineeship title: <i>Praktikumsbezeichnung</i>	
(New) Detailed programme of the traineeship period • <i>(Neues) Detailliertes Praktikumsprogramm</i>		
Knowledge, skills and competences to be acquired by the trainee at the end of the traineeship • <i>Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die erworben werden sollen</i>		
Monitoring plan • <i>Betreuungsplan</i>		
Evaluation plan • <i>Evaluierungsplan</i>		

Changes concerning the recognition of the Traineeship

• *Änderungen bezüglich Praktikumsanerkennung*

- The Traineeship will be awarded with _____ ECTS credits (total).
Für das Praktikum werden insgesamt ECTS Punkte vergeben.
- The Traineeship will be awarded with a grade. • *Für das Praktikum wird eine Note vergeben.*
If yes, please indicate if this will be based on • *falls ja, basierend auf:*
- Traineeship certificate • *Praktikumsbescheinigung*
- Final report • *Erfahrungsbericht*
- Interview
- Other (please specify)/ *sonstige (bitte erläutern)²:* _____

¹ to be handed in up until 1 month prior to originally agreed on end date of the Traineeship • *einzureichen bis 1 Monat vor ursprünglich vereinbartem Praktikumsende*

² e.g. module SQ 32b, Diploma Supplement etc. • *z.B: Schlüsselqualifikation Sq32b, Diploma Supplement etc.*

COMMITMENT OF THE THREE PARTIES

The trainee, the sending institution and the receiving organisation/enterprise confirm that the proposed amendments to the mobility programme are approved.

Approval by original or scanned signatures.

VERPFLICHTUNG DER DREI PARTEIEN

Der/ die Praktikant(in), die entsendende Hochschule und Praktikums Einrichtung bestätigen hiermit die festgehaltenen Änderungen zur Original Praktikumsvereinbarung.

Dieses Dokument darf digital signiert/ eingereicht werden.

II. (NEW) RESPONSIBLE PERSON(S) • (NEUE) UNTERZEICHNUNGSBEFUGTE KONTAKTPERSONEN**Sending institution • Unterzeichnungsbefugte(r) Fach**

Name/ Unit/ Function: _____

Name/ Abteilung/ Funktion

Phone number: _____ E-mail: _____

Telefon

Receiving organisation/enterprise • Unterzeichnungsbefugte(r) Praktikums Einrichtung

Name/ Unit/ Function: _____

Name/ Abteilung/ Funktion

Phone number: _____ E-mail: _____

Telefon

SIGNATURES¹ • UNTERSCHRIFTEN**The Trainee**

Praktikant/in

Place/ Date • Ort/Datum

The Sending Institution

Signature responsible person

Entsendende Einrichtung

Unterschrift Unterzeichnungsbefugte(r) des Fachs

Place/ Date • Ort/Datum

The Receiving Organisation/Enterprise

Signature responsible person

Praktikums Einrichtung

Unterschrift Unterzeichnungsbefugte(r)

Place/ Date • Ort/Datum

¹ Scanned/ digital signatures may be accepted. • Unterschriften werden in gescannter und digitaler Form akzeptiert.