

Tel.-Nr.:
Fax-Nr.:
E-Mail:

Antrag zur Anerkennung als Praxispartner der Berufsakademie Sachsen

Studiengang/ Studienrichtung _____

1. Anschrift des Praxispartners

Firmenname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Telefon: _____

Fax: _____

2. Branche: _____

3. Unternehmensprofil – Schwerpunkte der Geschäftstätigkeit (ggf. Kurzcharakteristik als Anhang)

4. Geschäftsführer/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter:

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

5. Verantwortliche(r) Ausbildungsleiter/ in:

Für die Betreuung des Studierenden ist ein Ausbildungsleiter mit Uni-, FH- bzw. BA Abschluss zu benennen, der eine angemessene Zeit berufspraktisch tätig war. Der Nachweis hierzu wird in der Anlage zum Antrag beigefügt.

Name: _____

Funktion: _____

Qualifikation: _____

Berufserfahrung: _____

Telefon: _____

Mail: _____

6. Anzahl der Mitarbeiter der Niederlassung /der Dienststelle /des Unternehmens

Anzahl der Mitarbeiter _____

Anzahl der BA-Studenten _____

Anzahl der Auszubildenden _____

Tel.-Nr.:
Fax-Nr.:
E-Mail:

7. Studiengänge an der Berufsakademie Sachsen, für die bereits eine Zulassung als Praxispartner vorliegt.

Studiengang	Staatliche Studienakademie (Ort)

8. Die Studieninhalte werden intern in unserem Haus vermittelt.

Folgende Inhalte werden extern vermittelt:

Die Studieninhalte werden im nachstehend genannten Unternehmen vermittelt:

9. Die Ordnung über die Grundsätze für die Anerkennung und Anforderungen von Praxispartnern der Berufsakademie Sachsen vom 01.02.2018 ist uns bekannt. Mit der Unterschrift bestätigen wir die Anerkennung. Es wird versichert:

- dass gegen unser Unternehmen kein Insolvenzverfahren eröffnet ist;
- dass das Ausbildungsverhältnis beim zuständigen Sozialversicherungsträger angemeldet wird;
- dass unsere Studenten eine Vergütung von mindestens 440,00 €/ monatlich erhalten

10. Änderungen im Unternehmen, die dem Anerkennungsverfahren zu Grunde gelegen haben werden unverzüglich dem Leiter des Studienganges mitgeteilt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

als Praxispartner anerkannt

als Praxispartner mit Auflagen anerkannt

Als Praxispartner nicht anerkannt

Begründung:

Ort, Datum

Leiter/in des Studiengangs