

Antrag zur Anerkennung als Praxispartner der Berufsakademie Sachsen

Studiengang / Studienrichtung

1. Anschrift des Praxispartners

Name des Unternehmens | des Vereins | der Institution:

Anschrift:

E-Mail:

Homepage:

Telefon:

Fax:

2. Branche

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

.....
.....
.....

4. Geschäftsführer_in / Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter_in:

Name:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

5. Verantwortliche(r) Betreuer_in:

Für die Betreuung des/der Studierenden ist ein/eine Betreuer_in mit Uni-, FH- bzw. BA Abschluss zu benennen, der/die eine angemessene Zeit berufspraktisch tätig war.

Name:

Funktion:

Qualifikation:

Berufserfahrung (Dauer):

Telefon:

E-Mail:

6. Anzahl der Mitarbeiter_innen

Anzahl der Mitarbeiter_innen

davon Anzahl der BA-Studierenden

davon Anzahl der Auszubildenden

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

Studiengang	Staatl. Studienakademie (Ort)

8. Die Studieninhalte der Praxismodule werden gemäß Studienordnung des o. g. Studiengang intern in unserem Haus vermittelt.

Folgende Inhalte werden extern vermittelt:

.....

Die betreffenden Studieninhalte werden im nachstehend genannten Unternehmen/ Verein bzw. in nachfolgend genannter Institution vermittelt:

.....

9. Die Ordnung über die Grundsätze für die Anerkennung und Anforderungen von Praxispartnern der Berufsakademie Sachsen¹ vom 15. Februar 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 Studierenden eine Vergütung von mindestens 440 € Brutto/ monatlich erhalten.

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

11. Der Speicherung und Verarbeitung der oben angegebenen personenbezogenen Daten gemäß der DSGVO stimme(n) ich/wir hiermit zu. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Geschäftsführer_in/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter_in Ja Nein

Verantwortliche(r) Betreuer_in Ja Nein

¹ Die Ordnung ist zu finden unter: <https://www.ba-sachsen.de/praxispartner/informationen>

12. Einer Veröffentlichung als Praxispartner mit Kontaktdaten auf Ihrer Website stimme(n) ich/wir hiermit zu. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Geschäftsführer_in/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter_in Ja Nein
 Verantwortliche(r) Betreuer_in Ja Nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift
 Geschäftsführer_in/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter_in

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift
 Verantwortliche(r) Betreuer_in

Hinweis: Dieser Teil wird durch die BA Sachsen ausgefüllt!

Name des Unternehmens/ des Vereins/ der Institution:

.....

als Praxispartner anerkannt Ja Nein
 als Praxispartner mit Auflagen anerkannt Ja Nein

.....

Als Praxispartner nicht anerkannt

Begründung:

.....

Ort, Datum

Leiter_in des Studienganges