

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