

Antrag zur Anerkennung als Dualer Praxispartner der Dualen Hochschule Sachsen (DHSN)

Studiengang: _____

1 Anschrift des Dualen Praxispartners

Name des Unternehmens
des Vereins
der Institution: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Telefon: _____

Fax: _____

2 Branche _____

3 Unternehmensprofil – Schwerpunkt 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 Hochschul-, Fachhochschulabschluss bzw. Abschluss einer Berufsakademie 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 Studierenden an der DHSN: _____

davon Anzahl der Auszubildenden: _____

7 Studiengänge an der Dualen Hochschule Sachsen, für die bereits eine Zulassung als Dualer Praxispartner vorliegt.

Studiengang	Staatl. Studienakademie (Ort)

8 Die Studieninhalte der Praxismodule werden gemäß Studienordnung des o. g. Studiengangs 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 bis auf weiteres geltende Ordnung über die Grundsätze für die Anerkennung und Anforderungen von Praxispartnern der Berufsakademie Sachsen 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 Studienverhältnis 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 Studienleitung 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.dhsn.de/duale-praxispartner>.

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

	Webseite	Bewerberbörse
Geschäftsführer_in/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter_in	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Verantwortliche(r) Betreuer_in	☐ Ja ☐ Nein	☐ 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 DUALE HOCHSCHULE SACHSEN ausgefüllt! Name des Unternehmens | des Vereins | der Institution:

als Dualer Praxispartner anerkannt ☐ Ja ☐ Nein
 als Dualer Praxispartner mit Auflagen anerkannt ☐ Ja ☐ Nein

Als Dualer Praxispartner nicht anerkannt
 Begründung:

Ort, Datum

Studienleiterin / Studienleiter