

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 – 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 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. Studienganges 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 und / oder Bewerberbörse stimme(n) ich/wir hiermit zu. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

	Webseite	Bewerberbörse
Geschäftsführer_in/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter_in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verantwortliche(r) Betreuer_in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 BERUFSAKADEMIE SACHSEN ausgefüllt!

Name des Unternehmens | des Vereins | der Institution:

.....

.....

als Praxispartner anerkannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
als Praxispartner mit Auflagen anerkannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

.....

.....

Als Praxispartner nicht anerkannt

Begründung:

.....

.....

.....

Ort, Datum

Leiter_in des Studienganges