

## 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 Sachsen<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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

**Kenntnisnahme Direktion:**

Seite 3 von 3

\_\_\_\_\_  
 (Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Direktorin)