

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

Studiengang: _____

1 Anschrift des Dualen Praxispartners

Name des Unternehmens,
des Vereins,
oder der Institution: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Telefon: _____

Fax: _____

2 Branche

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

4 Geschäftsführerin oder Geschäftsführer / Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiterin oder Niederlassungs- bzw. Dienstleiter:

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

5 Verantwortliche Person:

Für die Betreuung der/des Studierenden ist eine verantwortliche Person mit Hochschul-, Fachhochschulabschluss
bzw. Abschluss einer Berufsakademie zu benennen, die eine angemessene Zeit berufspraktisch tätig war.

Name: _____

Funktion: _____

Qualifikation: _____

Berufserfahrung (Dauer): _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

6 Gemäß § 50a Abs. 3 Satz 2 SächsHSG ist eine Vertreterin oder ein Vertreter zu benennen, die bzw. der die Mitgliedschaft des Dualen Praxispartners in der Dualen Hochschule Sachsen ausübt.

☐ ist identisch mit der vertretungsberechtigten Person nach Nr. 4

☐ ist identisch mit der praxisverantwortlichen Person nach Nr. 5

☐ andere Person: Name:

Vorname:

Funktion:

Telefon:

E-Mail:

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

Studiengang	Staatl. Studienakademie (Ort)	Anzahl Studierender der DHSN

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 geltende Praxispartnerordnung der DHSN ist uns bekannt. Mit der Unterschrift bestätigen wir deren Anerkennung. Wir versichern hiermit,

- dass gegen unser Unternehmen kein Insolvenzverfahren eröffnet ist;
- dass das Studienverhältnis beim zuständigen Sozialversicherungsträger angemeldet wird;
- dass unsere Studierenden eine Vergütung gemäß § 10 Praxispartnerordnung erhalten.

- 10 Mit der Anerkennung als Dualer Praxispartner besteht die Verpflichtung, die in der Praxispartnerdatenbank der Dualen Hochschule Sachsen geführten Angaben eigenständig zu pflegen und fortlaufend aktuell zu halten. Die Zugangsdaten sowie Informationen zur erstmaligen Anmeldung werden durch die DHSN an den Praxispartner gesondert übermittelt.
- 11 Die oben angegebenen personenbezogenen Daten werden von der DHSN zur Durchführung des Anerkennungsverfahrens, zur Verwaltung der Anerkennung als Dualer Praxispartner sowie zur Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben nach dem Sächsischen Hochschulgesetz verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
- 12 Die Aufnahme in das öffentliche Praxispartnerverzeichnis erfolgt gemäß § 8 der Praxispartnerordnung der DHSN. Grundlage hierfür sind die in der Praxispartnerdatenbank geführten Angaben. Darüber hinaus stimme(n) ich/wir der Veröffentlichung der Daten in der Bewerberbörse der DHSN zu. Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Veröffentlichung im öffentlichen Praxispartnerverzeichnis

- ☐ ausschließlich Unternehmensdaten und vertretungsberechtigte Personen nach Nr. 4
- ☐ zusätzlich verantwortliche Personen (Praxisverantwortliche oder Praxisverantwortlicher) nach Nr. 5
- ☐ zusätzlich Vertreterin oder Vertreter zur Ausübung der Mitgliedschaft nach Nr. 6
- ☐ Veröffentlichung sämtlicher benannter Ansprechpartner

Aufnahme in die Bewerberbörse

Geschäftsführerin oder Geschäftsführer, Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiterin oder Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter ☐ Ja ☐ Nein

Verantwortliche Person ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift
Geschäftsführerin oder Geschäftsführer/ Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiterin oder Niederlassungs- bzw. Dienststellenleiter

Ort, Datum

Unterschrift
Verantwortliche Person

Hinweis: Dieser Teil wird durch die DUALE HOCHSCHULE SACHSEN
ausgefüllt! Name des Unternehmens | des Vereins | der Institution:

wird als Dualer Praxispartner anerkannt

☐ Ja ☐ Nein

Es kann keine Anerkennung erfolgen.

Begründung:

Ort, Datum

Studienleiterin oder Studienleiter