

Antrag auf Aufnahme an der Berufsakademie Wilhelmshaven

Mit diesem Schreiben beantrage ich die Aufnahme als Studierende/r im dualen Bachelor-Ausbildungsgang Inklusive Heilpädagogik an der Berufsakademie Wilhelmshaven.

Angaben zur Person	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Aufnahmedatum	
Aufnahmesemester	

- Mit meiner Aufnahme an der Berufsakademie Wilhelmshaven erkenne ich die Ordnungen der Berufsakademie Wilhelmshaven an.
- Mir ist bekannt, dass ich bei Veränderungen meiner persönlichen Daten (Wohnortwechsel, Namensänderung etc.) die Berufsakademie Wilhelmshaven darüber informieren muss.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Berufsakademie Wilhelmshaven meinen Praxisbetrieb über meine Fehlzeiten und Prüfungsergebnisse in Kenntnis setzt.
- Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Anmeldung zum Studium sowie zur Durchführung des dualen Bachelor-Ausbildungsganges Inklusive Heilpädagogik zu.
- Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverarbeitung und -speicherung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift Studienbewerber/in

ggfs. gesetzliche Vertreter/in