

Antrag auf Zulassung eines Praxisbetriebes im dualen Bachelor-Ausbildungsgang Inklusive Heilpädagogik an der Berufsakademie Wilhelmshaven

Mit diesem Schreiben beantrage ich die Zulassung des genannten Praxisbetriebes im dualen Bachelor-Ausbildungsgang Inklusive Heilpädagogik an der Berufsakademie Wilhelmshaven.

Angaben zur Einrichtung	
Name der Einrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Adresse/ Kontaktdaten der Einrichtung	
Zweck der Einrichtung	
Anzahl der Beschäftigten in der Einrichtung	
Anzahl der pädagogischen Fachkräfte in der Einrichtung	

Angaben zum/r Anleiter/in	
Name Anleiter/in	
Kontaktdaten Anleiter/in	
Qualifikation	
Dauer der Berufserfahrung	

- Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung der Daten im Rahmen des Zulassungsverfahrens sowie der anschließenden Zusammenarbeit als Praxisbetrieb zu.
- Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverarbeitung und -speicherung jederzeit schriftlich widerrufen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich bei Veränderungen einen neuen Antrag auf Zulassung stellen muss.

Ort, Datum, Unterschrift Träger

- Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung der Daten im Rahmen des Zulassungsverfahrens sowie der anschließenden Zusammenarbeit als Praxisbetrieb zu.

- Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverarbeitung und -speicherung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift Anleiter/in