

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