

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 (bitte Nachweise einreichen)	
Dauer der Berufserfahrung (bitte Nachweise einreichen)	

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