

ANTRAG AUF ZULASSUNG ALS PRAXISPARTNER IM RAHMEN EINES DUALEN MASTERSTUDIENGANGS AN DER BPS

Das Unternehmen/die öffentliche oder soziale Einrichtung

Name und Rechtsform:

Anschrift:

beantragt die Zulassung als Praxispartner im Rahmen des dualen Masterstudiengangs

- Digitale Transformation (DT Dual)**
- General Management (GM Dual)¹**

an der BPS und erklärt Folgendes:

Das o.g. Unternehmen/die öffentliche oder soziale Einrichtung ist bereits zugelassener
Dualer Partner am Fachbereich 2 der HWR Berlin

- nein
- ja, und zwar für den / die Studiengänge:

Das Unternehmen/die öffentliche oder soziale Einrichtung erkennt Folgendes als bindend an:

§ 1 Pflichten des Praxispartners

Als Praxispartner verpflichtet sich das Unternehmen/die öffentliche oder soziale Einrichtung – soweit es betriebliche Belange gestatten – folgende Aufgaben zu erfüllen:

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. die Teilnahme an Präsenzveranstaltungen, Prüfungen und weiteren Studienaktivitäten mit den Studierenden abzustimmen,
2. die Verwendung von berufspraktischen Beispielen und Problemstellungen zu Studienzwecken und die Mitwirkung an geeigneten Projekten zu ermöglichen,
3. geeignete betriebliche Problemstellungen für wissenschaftliche Arbeiten, insbesondere Masterarbeiten anzubieten und deren Bearbeitung zu unterstützen,
4. für die Masterarbeit eine/-n qualifizierte/-n betriebliche Betreuer/-in zu stellen (z. B. mit Masterabschluss oder vergleichbarem Hochschulabschluss).

§ 2 Ansprechpartner

Der Praxispartner benennt eine Person mit Hochschulabschluss oder gleichwertiger Qualifikation und ausreichend Berufserfahrung, die als allgemeiner Ansprechpartner für die/den Masterstudierende/n dient und bei der Umsetzung o.g. Punkte bei Bedarf unterstützt:

Vorname und Name:

Funktion:

Qualifikation (z.B. akademischer Grad):

Telefon, E-Mail:

§ 3 Änderungen

Sofern die o.g. ordnungsgemäße Durchführung der in § 1 genannten Verpflichtungen durch den Praxispartner nicht mehr garantiert werden können oder eine Änderung des Ansprechpartners erfolgt, teilt der Praxispartner dies unverzüglich mit.

Vorname und Name:

Funktion:

Ort, Datum, Stempel
Unterschrift