

# Antrag eines Unternehmens/einer sozialen Einrichtung auf Zulassung als Dualer Partner am DHBW CAS



Duale Hochschule Baden-Württemberg  
**Center for Advanced Studies**  
Bildungscampus 13  
74076 Heilbronn

## Das Unternehmen/die soziale Einrichtung

Name und  
Rechtsform:

---

Anschrift:

---

**beantragt die Zulassung als Dualer Partner am DHBW CAS** gemäß der „Satzung für die Eignungsvoraussetzungen und das Zulassungsverfahren von Dualen Partnern für ein Masterstudium“ **für den/die Fachbereich(e)**

Wirtschaft    Technik    Sozialwesen

Das Unternehmen/die soziale Einrichtung ist bereits zugelassener Dualer Partner **im Bachelor**

**nein**       **ja**, am DHBW Standort \_\_\_\_\_

Als Dualer Partner des DHBW CAS übernimmt das Unternehmen/die soziale Einrichtung – soweit es betriebliche Belange gestatten – die Aufgaben:

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. im Fachbereich Technik: Für die Masterarbeit eine/-n qualifizierte/-n betriebliche Betreuer/-in zu stellen (z. B. mit Masterabschluss oder vergleichbarem Hochschulabschluss).

Der Duale Partner benennt eine Person mit Hochschulabschluss oder gleichwertiger Qualifikation und ausreichend Berufserfahrung, die als **allgemeiner Ansprechpartner für die Masterstudierenden** dient und bei der Umsetzung o.g. Punkte bei Bedarf unterstützt:

Vorname und Name:

---

Funktion:

---

Qualifikation (Akad.  
Grad):

---

Telefon, E-Mail

---

Bitte nehmen Sie die hier angegebene E-Mail-Adresse in den Verteiler des kostenlosen Newsletters des DHBW CAS für Duale Partner auf. Der Newsletter kann jederzeit abbestellt werden.

**Bitte beachten Sie die Rückseite**

# Antrag eines Unternehmens/einer sozialen Einrichtung auf Zulassung als Dualer Partner am DHBW CAS



Sofern die Aufgaben des Dualen Partners nicht mehr übernommen werden können oder eine Änderung des Ansprechpartners erfolgt, wird dies dem DHBW CAS unverzüglich mitgeteilt.

Die Erfüllung dieser Aufgaben als Dualer Partner des DHBW CAS wird mit nachfolgender Unterschrift bestätigt.

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ausgefülltes Dokument bitte ausdrucken, unterschreiben und an das DHBW CAS senden**