

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 berufspraktische 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