

Bitte **VOLLSTÄNDIG** digital
ausfüllen und **eigenhändig**
unterschreiben.

Antrag auf Zulassung zum Anerkennungsjahr

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ / Ort:

Tel. (privat nur mobil):

E-Mail (**keine stud@h-da**):

Abschlussprüfung B.A. Soziale Arbeit am:

Dauer des Anerkennungsjahres: vom bis zum

Ich absolviere das Anerkennungsjahr: in **Vollzeit** (100 % der regulären Arbeitszeit)

in **Teilzeit** mit Stunden/Woche

Ich beantrage eine Verkürzung des Anerkennungsjahres gemäß § 13 der Satzung.
Die erforderlichen Unterlagen füge ich diesem Antrag bei.

Meine Ausbildungsstelle:

Träger:

Praxisstelle:

Praxisfeld:

Straße, Hausnummer:

PLZ / Ort:

Anleitende Fachkraft:

Name, Vorname:

Hochschulabschluss: mit Staatlicher Anerkennung

Dauer der Berufspraxis (mit o.g. Abschluss):

Telefonnummer

Mailadresse:

Die Praxisstelle ist als Ausbildungsstelle für das Berufspraktikum für Sozialpädagog_innen / Sozialarbeiter_innen
anerkannt:

Aktenzeichen:

h_da oder

Hochschule Frankfurt (Anerkennungsurkunde füge ich diesem Antrag bei)

nein (Antrag ist eingereicht)

Datum, Unterschrift Antragsteller:in (SiA) (original)

Nur vom Praxisreferat auszufüllen

Amt und Justiz

Inklusion

HzE I

HzE II

Jugend

Kita

Psychosoz. Beratung

Schule