

Stand: 21.03.2019

**Mitteilung gem. Nr. 5 des**  
**Vertrages zur Durchführung eines dualen Studiums**

Träger der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Einsatzstelle/Abteilung: \_\_\_\_\_

Name der/des Studierenden: \_\_\_\_\_

Hiermit benennen wir für die Betreuung der praktischen Ausbildung der/des Studierenden:

Frau

Herrn

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Berufliche Qualifikation (*bitte ankreuzen*):

Dipl. Sozialarbeiter\_in/Sozialpädagoge\_in     Sozialarbeiter\_in/Sozialpädagoge\_in B.A.

Dipl. Pädagoge\_in     Pädagoge\_in B.A.

, den

\_\_\_\_\_  
Träger der Einrichtung (Unterschrift und Stempel)

**Bitte per Fax oder als Scan per E-Mail zurück an:**

**Studiengangskoordination Dualer Studiengang, Michel Boße**

**Tel.: 0231/9112-8959, Fax: 0231/9112-7895, E-Mail: [michel.bosse@fh-dortmund.de](mailto:michel.bosse@fh-dortmund.de)**