Stand: 23.03.2026

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:

Oben genannte Person ist gemäß §23 (5) Praxisordnung und §19 (1) der Studiengangsprüfungsordnung staatlich anerkannte Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in.
Zum Nachweis ist neben dieser Mitteilung eine Kopie der staatlichen Anerkennung im Praxisreferat vorzulegen.

, 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