

## **Antrag auf Zulassung**

zum Weiterbildungsangebot Staatliche Anerkennung

=> **persönliche Abgabe oder Versand an das Referat für die Staatliche Anerkennung oder Abgabe per E-Mail an stae.sug@fh-kiel.de**

=> **Abgabe/Versand bis spätestens zwei Wochen vor Beginn des Anerkennungsjahres**

<b>(ehemalige.) Matrikel-Nr.</b>	_____
<b>Name, Vorname</b>	_____
<b>Geburtsdatum und – ort</b>	_____
<b>Anschrift</b> (während d. Staatl. Anerk.)	_____ _____
<b>Handynummer</b>	_____
<b>FH - E-Mail</b>	_____
<b>Private E-Mail</b>	_____

Praxisreflexions- bzw. Supervisionsgruppe:

\_\_\_\_\_

(vom Referat für die Staatliche Anerkennung auszufüllen)

**Abschlussprüfung als**  **BASA** ;  **BAEB** oder:  \_\_\_\_\_

**bestanden am** \_\_\_\_\_ (ggf. offen lassen)

**an Hochschule** \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Zulassung zum Weiterbildungsangebot Staatliche Anerkennung

im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von \_\_\_\_\_.

### **Ausbildungsstätte für den berufspraktischen Anteil:**

Träger \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Internet-Adresse www. \_\_\_\_\_

### **Anlagen:**

- **Zustimmungserklärung der Ausbildungsstätte (zwingend erforderlich!)**
- Kopie oder Scan des Personalausweises
- Kopie oder Scan der Bachelor-Urkunde (kann nachgereicht werden)
- Weiterbildungsplan gem. § 9 des u.a. Erlasses (**im Original**, kann nachgereicht werden)

## Verpflichtungserklärung zur Mitteilungspflicht:

Hiermit verpflichte ich mich, dem Referat für die Staatliche Anerkennung am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Sokratesplatz 2, 24149 Kiel, Folgendes gegebenenfalls unverzüglich mitzuteilen:

- Änderung des Namens (Vorlage einer Kopie der entsprechenden Urkunde)
- Änderung der Anschrift, der Telefon- /Handynummer oder der E-Mail-Adresse
- Wesentliche Änderungen zum (bereits genehmigten) Weiterbildungsplan
- Änderungen der Anleitung während des Anerkennungsjahres

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## Information zur Datenspeicherung und -verarbeitung:

- Die im vorstehenden Antrag gemachten Angaben werden auf der Grundlage von § 45 des Hochschulgesetzes in der Fassung vom 05. Februar 2016 i. V. m. der Landesverordnung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Verwaltungszwecke der Hochschule und der Berufsakademie (StudDatenVO) vom 08. September 2016 und des Gesetzes über die Statistik für das Hochschulwesen (Hochschulstatistik – HStaG) vom 2. November 1990 i. V. m. dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG) vom 22. Januar 1987 erhoben und weiterverarbeitet.
- Die Fachhochschule Kiel beachtet die einschlägigen Gesetze zum Datenschutz, insbesondere das LDSG, das BDSG und die EU-DSGVO. Von der Hochschule dürfen diese Daten für verwaltungsinterne Zwecke verarbeitet werden. Die Verpflichtung zur Geheimhaltung gilt auch für Stellen und Personen, an die Einzelangaben weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass meine Anleitung bzw. Ausbildungsleitung das Referat für die Staatliche Anerkennung über Umstände, die für den Erwerb meiner Staatlichen Anerkennung relevant sind, in Kenntnis setzt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leitung meiner Praxisreflexions- bzw. Supervisionsgruppe meine private E-Mail-Adresse zum Zweck der Kontaktaufnahme erhält.

**Der Erlass des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Schleswig-Holstein zum Erwerb der Staatlichen Anerkennung als Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter und als Kindheitspädagogin/Kindheitspädagoge vom 23. November 2021 ist mir bekannt.**

Ich versichere die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass falsche oder fehlerhafte Angaben zum Widerruf der Zulassung zum Weiterbildungsangebot Staatliche Anerkennung führen und u. U. strafrechtliche Folgen haben können.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)