

# Antrag auf Zulassung zum Studium

(Pflichtfelder sind rot markiert)

Studiengang:

## 1. Zur Person

Name:\*

Vorname:\*

Titel:

Geboren am:\*

Geboren in:\*

Nationalität:\*

## 2. Adresse

Straße/Nr.:\*

Postleitzahl:\*

Ort:\*

Bundesland/Staat:\*

Telefon:

Mobil:

E-Mailadresse:\*

Diese wird während des Bewerbungsverfahrens und für die Kommunikation während des Studiums verwendet.

## 3. Haben Sie bereits einen Hochschulabschluss oder waren schon einmal an einer Hochschule immatrikuliert?

Ja

Nein

Name der Hochschule:

Ort:

Studiengang/Fachrichtung:

von:

(TT/MM/JJJJ)

bis:

(TT/MM/JJJJ)

Abschluss:

## 4. Hochschulzugangsberechtigung

Art der Hochschulzugangsberechtigung:

**Abitur oder Allg. Fachhochschulreife:**

**Abschlussjahr:** \_\_\_\_\_ **Schule:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Fachgebundene Fachhochschulreife:**

**Abschlussjahr:** \_\_\_\_\_ **Schule:** \_\_\_\_\_

**Note:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Fachrichtung:**

**Berufsabschluss nach §11 BerIHG:**

**Berufsabschluss:**

**Berufsausbildung von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_ **(min. 2 Jahre)**  
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

**Berufliche Tätigkeit im erlernten Beruf von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

## 5. Angaben zur studienbegleitenden Berufstätigkeit

### 5.1 Angaben zur studienbegleitenden Berufstätigkeit (dual)

(Hier nur Angaben machen, wenn Sie sich für das duale Studienformat bewerben)

**Ich bewerbe mich für das duale Studium**

Sie benötigen für ein **duales Studium** an der HSAP ab dem Zeitpunkt der Aufnahme des Studiums ein durch schriftlichen Vertrag geregeltes Arbeitsverhältnis in einer geeigneten Stelle (siehe Zulassungsordnung, §2 (5)). Beachten Sie: **Für ein duales Studium muss ein Kooperationsvertrag zwischen der HSAP und diesem Anstellungsträger vorliegen. Sollten Sie noch keine Praxisstelle haben, kümmern Sie sich umgehend darum und reichen Sie den Nachweis zeitnah nach.**

**Geben Sie hier diese Tätigkeit an, die besteht oder unter der Bedingung der Zulassung zum Studium als vereinbart gilt:**

**Unternehmen/Anstellungsträger:**

**Straße/Nr.:**

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Arbeitsverhältnis besteht von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJJ) (TT/MM/JJJJ)

**Tätigkeit als:**

## 5.2 Angaben zur studienbegleitenden Berufstätigkeit (berufsbegleitend)

(Hier nur Angaben machen, wenn Sie sich für das berufsbegleitende Studienformat bewerben)

### Ich bewerbe mich für das berufsbegleitende Studium

Für ein **berufsbegleitendes Studium** benötigen Sie eine sv-pflichtige Tätigkeit in einem sozialen Beruf oder einem vergleichbaren Tätigkeitsfeld. Geben Sie hier Ihre aktuell ausgeübte Tätigkeit an, bei der die studienbegleitende Berufspraxis absolviert werden soll. Falls Sie aktuell keine sv-pflichtige Tätigkeit in einem sozialen Beruf oder in einem vergleichbaren Tätigkeitsfeld ausüben, kann eine Zulassung erfolgen, wenn Sie angeben, dass Sie ab Studienbeginn eine solche vertraglich gebundene Tätigkeit nachweisen können.

### Unternehmen/Anstellungsträger:

**Straße/Nr.:**

**Postleitzahl:**

**Ort:**

**Arbeitsverhältnis besteht von:**

**bis:**

(TT/MM/JJJJ)

(TT/MM/JJJJ)

**Tätigkeit als:**

## 6. Diesem Antrag auf Zulassung sind beigefügt:

**Lichtbild im Passbildformat**

**Separater Lebenslauf im Europass-Format**

(<https://europass.cedefop.europa.eu/editors/de/cv/compose>)

**Kopie: Geburtsurkunde oder Pass oder Personalausweis**

## 7. Nachweise

**Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung in beglaubigter Form**

Abiturzeugnis oder Zeugnis der allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife  
oder Berufsabschlusszeugnis sowie Nachweis über Berufserfahrung

**Nachweis über aktuelle Berufstätigkeit oder Bestätigung über eine zukünftige Tätigkeit spätestens zu Studienbeginn**

## 8. Erklärung

Ich erkläre, dass ich in einem fachlich vergleichbaren anderen Studiengang bisher keine Vor-, Zwischen- oder Abschlussprüfungen endgültig nicht bestanden habe und nicht aufgrund eines Ordnungsverfahrens an einer Hoch- oder Fachhochschule exmatrikuliert worden bin. Zudem erkläre ich, dass ich spätestens zum Beginn des Studiums an der HSAP an keiner Hochschule immatrikuliert sein werde.

Mir ist bekannt, dass ich vom Studium an der HSAP kostenpflichtig ausgeschlossen werde, wenn sich meine Angaben als unwahr herausstellen.

---

**Ort / Datum**

---

**Unterschrift**