

Berufliches Schulzentrum für
Gesundheit und Sozialwesen
"Karl August Lingner" Dresden
Maxim-Gorki-Straße 39
01127 Dresden
Tel.: 03 51/ 206 93 40

Dresden,

Kooperationsvereinbarung

zwischen Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
"Karl August Lingner"
Maxim-Gorki-Straße 39
01127 Dresden

und

.....

.....

.....

*für das Praktikum der Schülerinnen und Schüler des Beruflichen Gymnasiums
Gesundheit und Soziales Klasse 11*

• **Ansprechpartner:**

Schule(Fachlehrerin):

Praxiseinrichtung:

.....

.....

.....

Name Praktikant/in (Druckschrift):

Unterschrift Praktikant/in:.....Klasse:.....

Folgende Festlegungen sind Grundlage der Vereinbarung:

1. Im Praktikum unterstehen die Schülerinnen und Schüler dem Weisungsrecht der Einrichtung.
2. Das Praktikum ist Bestandteil der schulischen Ausbildung. Es gelten die für schulische Veranstaltungen festgeschriebenen versicherungstechnischen Regelungen.
3. Die von dem Beruflichen Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen Dresden kommenden Schüler werden nicht auf den Stellenplan der Einrichtung angerechnet.
4. Die Einrichtung verpflichtet sich, den Schülerinnen und Schülern alle praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten entsprechend des Praxisauftrages zu vermitteln.
5. Die Kooperationspartner erheben gegeneinander keinerlei finanzielle Ansprüche.
6. Eine Aufhebung der Kooperationsvereinbarung kann nur durch die Schule oder die Einrichtung erfolgen.
7. Die Einrichtung erstellt nach Ablauf des Praktikums eine Bestätigung.
8. Sonstige Vereinbarungen:
 - Einsatzzeitraum im 2. Halbjahr des Schuljahres
vom: bis
 - Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 35 Stunden in der Einrichtung und zusätzlich 5 Stunden zur Bearbeitung des Praktikumsauftrages (unter Beachtung des Jugendarbeitsschutzgesetzes).
 - Die Schülerinnen und Schüler führen einen Tätigkeitsnachweis.
 - Ggf. praxisfreie Tage sind dem beigefügten Schuljahreskalender zu entnehmen.
 - Beachten Sie bitte das am 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG).

• Kooperationspartner:

Dresden,

.....
Ort, Datum

.....
BSZ für Gesundheit u. Sozialwesen DD
(Stempel/Unterschrift)

.....
Praxiseinrichtung
(Stempel/Unterschrift)