

Zulassungsantrag Bildung · Qualifizierung · Kompetenzentwicklung

Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der Eignungsfeststellung, Studienorganisation sowie Evaluation erhoben, verarbeitet und gespeichert. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht.

Persönliche Daten

Frau Herr divers Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Arbeitgeber und Hochschulzugangsberechtigung

Arbeitgeber: _____ Funktion / Position: _____

Art der Hochschulzugangsberechtigung (HZB): _____

Wenn Sonstiges: _____

Datum der HZB: _____ Note der HZB: _____

Bundesland HZB: _____ Stadt HZB: _____

NUR von Personen mit einem Hochschulabschluss auszufüllen

Hochschule der Ersteinschreibung _____

Land der Ersteinschreibung _____

Jahr der Ersteinschreibung _____ Semester der Ersteinschreibung _____

Anzahl aller Hochschulsemeister _____ Anzahl Urlaubssemester _____

Abschlüsse

Studium

	Abschluss A	Abschluss B	Abschluss C
Art des Studiums:	_____	_____	_____
Hochschule:	_____	_____	_____
Ort der Hochschule:	_____	_____	_____
Studienfach:	_____	_____	_____
Studienzeitraum:	_____	_____	_____
Abschluss:	_____	_____	_____
Abschlussdatum:	_____	_____	_____
Abschlussnote:	_____	_____	_____

Ausbildung

	Abschluss A	Abschluss B	Abschluss C
Art der Ausbildung:	_____	_____	_____
Ausbildungsort:	_____	_____	_____
Abschluss:	_____	_____	_____
Abschlussdatum:	_____	_____	_____
Abschlussnote:	_____	_____	_____

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in das Zertifikatsprogramm EB/WB der Leibniz Universität Hannover. Ich habe die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutz

Die angegebenen Daten sowie künftige Daten zur Kursbelegung werden ausschließlich für Zwecke der Eignungsfeststellung, der Studienorganisation sowie der Evaluation erhoben, verarbeitet und bis zum schriftlichen Widerruf gespeichert. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht.

Hiermit willige ich bis auf Widerruf ein, dass mir das IfBE per Mail Informationen übersenden darf. Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Gemäß § 4 Abs. (1) Nr. 2 NDSG bin ich mit der elektronischen Verarbeitung dieser Daten zu den genannten Zwecken einverstanden.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____