**Anmeldung zu den Ausgleichsmaßnahmen**

Frankfurt University of Applied Sciences

Praxisreferat Soziale Arbeit

Nibelungenplatz 1

60318 Frankfurt am Main

|  |  |
| --- | --- |
| **Geschlecht:** | **männlich  weiblich  divers** |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| **Straße:** |  |
| **Postleitzahl:** |  |
| **Wohnort:** |  |
| **Telefon:** | **privat:** **mobil:** |
| **E-Mail (privat):** |  |
| **Studienabschluss** |  |
| **Herkunftsland** |  |
| **Start der Ausgleichsmaßnahmen** |  |

Ich bin damit einverstanden, dass die obigen Daten vom Praxisreferat bis zur Erteilung der staatlichen Anerkennung in einer Datei aufgenommen werden. Eine Weitergabe der Daten ist ausgeschlossen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift