

Antrag auf berufsbedingte Fortbildung für das Allgemeine Universitätspersonal

Amt der Universität <u>H i e r</u>	Eingangsstempel
Der/die OE-Leiter/in:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Organisationseinheit:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
beauftragt den/die Mitarbeiter/in:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
mit dem Besuch einer notwendigen berufsbedingten Fortbildung	
Funktion des/der Antragstellers/in Tätigkeitsbeschreibung: (Arbeitsplatzbeschreibung beilegen)	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
Titel der Veranstaltung: (Bitte Kopie des Kursprogrammes beilegen)	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Veranstalter:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Veranstaltungsort/-land:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Zeitraum:	vom <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/>
Gesamtkosten:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Kurs-/Seminarbeiträge: • Reisekosten: • Sonstiges: 	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Achtung: Bei Gesamtkosten ab € 2.000,-- ist eine Ausbildungskostenrückerersatz-Vereinbarung zu unterschreiben!	
Der Antrag auf Genehmigung einer Dienstreise liegt bei:	
Nur von Mitarbeitern des MTD (BMA's, Logopäden, Radiologietechnologen etc.) auszufüllen (Bitte ergänzendes Beiblatt beachten!)	
GBR-Nr.:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
CPD-Punkte bzw. Stundenanzahl:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Anerkannt für MTD-CPD-Zertifikat:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Datum: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
----- Unterschrift der/des Dienstvorgesetzten	

Stellungnahme der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters:

Ich stimme dem Antrag zu:

Ich stimme dem Antrag nicht zu:

Begründung:

Datum:

Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Anmerkung SB:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Stellungnahme des BR /DA II

Der Antrag wird befürwortet:

Der Antrag wird abgelehnt:

Begründung:

Datum:

Stempel und Unterschrift des Betriebsrates

Der Besuch sowie die Kostenübernahme der beantragten Fortbildung wird

genehmigt:

abgelehnt:

Begründung:

Datum:

Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker
R e k t o r