

# Antrag auf Kostenübernahme einer externen Fort-/Weiterbildungsveranstaltung

Bitte füllen Sie dieses Antragsformular vollständig aus und übersenden Sie es zur weiteren Bearbeitung mindestens vier Wochen vor Beginn der Veranstaltung an die Personalentwicklung. Später eingehende oder unvollständig ausgefüllte Anträge werden grundsätzlich nicht berücksichtigt (siehe DV zur beruflichen Fort- und Weiterbildung 2017/1).

## Angaben zum Antragsteller:

<b>Name, Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Telefonnummer:</b>			
<b>Anstellung:</b>	<input type="checkbox"/> Universitätsklinikum A.ö.R.	<input type="checkbox"/> Medizinische Fakultät	seit:
<b>Befristung?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bis:	
<b>Struktureinheit/Fachbereich:</b>			
<b>Funktionsbezeichnung:</b>			
<b>Drittmittelbeschäftigt?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Schwerbehindert?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

## Angaben zur Fort-/Weiterbildungsveranstaltung:

<b>Titel der Veranstaltung:</b>			
<b>Veranstaltungstermin(e):</b>			
<b>Ort der Veranstaltung:</b>			
<b>Beantragte Kostenübernahme für:</b>			
<input type="checkbox"/> Seminar	Kosten:		
<input type="checkbox"/> PKW-/Bahnfahrt	Kosten:		
<input type="checkbox"/> Übernachtung (inkl. Frühstück)	Kosten:		
<b>Antrag auf Annahme von Zuwendungen für Fort- und Weiterbildungsreisen:</b>			
<input type="checkbox"/> wurde bereits eingereicht	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> wird noch gestellt und nachgereicht	
<b>Begründung für die Notwendigkeit der Teilnahme (zwingend erforderlich):</b>			
<b>Datum, Unterschrift des Antragstellers:</b>			

<b>Teilnahme wird:</b>	<input type="checkbox"/> befürwortet	<input type="checkbox"/> nicht befürwortet, weil:	
<b>Datum, Stempel, Unterschrift des Leiters der Struktureinheit:</b>			