|  |  |
| --- | --- |
| **SchÜLF-Antrag APS****Schulenübergreifende Lehrer/innenfortbildung** | PH_logo_office_2_bis_5_cm |
| **Schule:** |  |  |
| **Kooperierende Schulen:** |  |  |

**Seminarin****halt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel:** |  |
| **Ort:** |       |
| **Datum:** |       |
| **Zeitraum:** | von: |       | bis: |       |
| Weitere Tage: |       |
| **Seminarinhalte:** |       |
| **Seminarziele:** |       |
| **Teilnehmer/innenzahl:** |       |
| **Kontaktperson** |  |
| **Mailadresse:** |       |
| **Adresse:** *(für die Zustellung der Unterlagen)* |       |

**Refere****nt/in**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname:** |       |
| **Vorname:** |       | **Titel/akad. Grad:** |       |
| **Im Bundesdienst:** | **Ja:** [ ]  | **Nein:** [ ]  | **Personalnummer:**       |
| **Stammdienststelle:** |       |
| **Haben Sie eine Dienstzuteilung an einer PH oder Praxisschule?** | **Ja:** [ ]  | **Nein:** [ ]  |
| **Wenn ja, welche?** |       |
| **Referent/in aus Österreich:** | **Sozialversicherungsnummer:** |        | (zehnstellig) |
| **Referent/in aus dem Ausland:** | **Geburtsdatum:** |       |

|  |
| --- |
| **Wohnadresse** |
| **PLZ:** |       | **Ort:** |       |
| **Straße, Nr.:** |       |

|  |
| --- |
| **Kontakt** |
| **E-Mail:** |       | **Telefon:** |       |

|  |
| --- |
| **Bankverbindung** *(diese Angaben sind auf der Kontokarte ersichtlich)* |
| **BIC:** |       | **IBAN:** |       |

**Den Antrag bitte per Mail an die/den zuständige/n SQM senden.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Für die Direktion der ansuchenden Schule**     **(Unterschrift d. Leiter/in)** |  | **Genehmigung durch die Institutsleitung:** |
|  |  |