|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** |
|  |  |