|  |
| --- |
| Stempel der abgebenden Schule |

|  |  |
| --- | --- |
| **Z** | **DATENFELD** |
| **1** | Name, Vorname der Lehrkraft      |
| **2** | Unterrichtsfächer      |
| **3** | Beschäftigungsumfang[ ]  Voller Lehrauftrag[ ]  Teillehrauftrag (     /      WoStd.) |
| **4** | Die Lehrkraft ist im[ ]  Beamtenverhältnis[ ]  Tarifbeschäftigtenverhältnis |
| **5** | Schwerbehinderung [ ]  liegt vor[ ]  nicht bekannt |
| **6** | Als Personalmaßnahme ist vorgesehen[ ]  Abordnung bis zu 2 Monaten[ ]  Abordnung länger als 2 Monate[ ]  Versetzung |
| **7** | Vorgesehener Zeitpunkt der Personalmaßnahme      |
| **8** | Name und Ort der aufnehmenden Schule                     |
| **9** | Nur bei Abordnung: Umfang [ ]  Im vollen Umfang des bisherigen Deputats [ ]  Mit       Wochenstunden.Dauer [ ]  Bis zum [ ]  Bis zum Ende des Schuljahres 20     /20     . [ ]  Bis auf Weiteres. |
| **FELD 1** | **ABGEBENDE SCHULE** |
| DemRegierungspräsidium StuttgartReferat 73 - Berufliche SchulenRuppmannstraße 2170565 Stuttgartvorgelegt.Anlagen[ ]  Einwendungen der Lehrkraft[ ]  Stellungnahme des örtlichen Personalrats[ ]  Stellungnahme der örtlichen Beauftragen für Chancengleichheit[ ]  **12/12-2.7.506** …………………………………..……………. ………………………………………………….……….. (Datum) (Unterschrift) |

|  |
| --- |
| **Beteiligungsblatt für****Abordnungen / Versetzungen****aus dienstlichen Gründen****Ref 73 BS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FELD 2** | **LEHRKRAFT** |
| Ich wurde zu der vorgesehenen Personalmaßnahme angehört und bin[ ]  einverstanden[ ]  nicht einverstanden.Die Einwendungen sind beigefügt.[ ]  Ich bitte um Mitbestimmung durch den örtlichen Personalrat meiner Schule. …………………………………..……………. ………………………………………………….……….. (Datum) (Unterschrift) |
| **FELD 3** | **ÖRTLICHER PERSONALRAT DER ABGEBENDEN SCHULE** |
| [ ]  Der örtliche Personalrat wurde unterrichtet und ist mit der geplanten Maßnahme[ ]  einverstanden[ ]  nicht einverstandenDie Stellungnahme ist beigefügt. …………………………………..……………. ………………………………………………….……….. (Datum) (Unterschrift) |
| **FELD 4** | **SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNG** |
| [ ]  Die Kollegin / Der Kollege ist schwerbehindert.Die örtliche Schwerbehindertenvertretung wurde zu der vorgesehenen Versetzung / Abordnung angehört. …………………………………..……………. ………………………………………………….……….. (Datum) (Unterschrift) |
| **FELD 5** | **BEAUFTRAGTE FÜR CHANCENGLEICHHEIT** |
| [ ]  Die Beauftragte für Chancengleichheit / Ansprechparterin wurde informiert und ist mit der geplanten Maßnahme[ ]  einverstanden.[ ]  nicht einverstanden.Die Stellungnahme ist beigefügt. …………………………………..……………. ………………………………………………….……….. (Datum) (Unterschrift) |