|  |
| --- |
| 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** |
| Dem  Regierungspräsidium Stuttgart  Referat 73 - Berufliche Schulen  Ruppmannstraße 21  70565 Stuttgart  vorgelegt.  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 einverstanden Die 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) | |