

Stempel der abgebenden Schule

Beteiligungsblatt für Abordnungen / Versetzungen aus dienstlichen Gründen

Ref 73 BS

Z	DATENFELD
1	Name, Vorname der Lehrkraft
2	Unterrichtsfächer
3	Beschäftigungsumfang <input type="checkbox"/> Voller Lehrauftrag <input type="checkbox"/> Teillehrauftrag (/ WoStd.)
4	Die Lehrkraft ist im <input type="checkbox"/> Beamtenverhältnis <input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigtenverhältnis
5	Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> nicht bekannt
6	Als Personalmaßnahme ist vorgesehen <input type="checkbox"/> Abordnung bis zu 2 Monaten <input type="checkbox"/> Abordnung länger als 2 Monate <input type="checkbox"/> Versetzung
7	Vorgesehener Zeitpunkt der Personalmaßnahme
8	Name und Ort der aufnehmenden Schule
9	Nur bei Abordnung: Umfang <input type="checkbox"/> Im vollen Umfang des bisherigen Deputats <input type="checkbox"/> Mit Wochenstunden. Dauer <input type="checkbox"/> Bis zum <input type="checkbox"/> Bis zum Ende des Schuljahres 20 /20 <input type="checkbox"/> Bis auf Weiteres.
FELD 1 ABGEBENDE SCHULE	
Dem Regierungspräsidium Stuttgart Referat 73 - Berufliche Schulen Ruppmannstraße 21 70565 Stuttgart	
vorgelegt.	
Anlagen <input type="checkbox"/> Einwendungen der Lehrkraft <input type="checkbox"/> Stellungnahme des örtlichen Personalrats <input type="checkbox"/> Stellungnahme der örtlichen Beauftragten für Chancengleichheit <input type="checkbox"/>	
..... (Datum) (Unterschrift)	

FELD 2	LEHRKRAFT
Ich wurde zu der vorgesehenen Personalmaßnahme angehört und bin <input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden. Die Einwendungen sind beigefügt. <input type="checkbox"/> Ich bitte um Mitbestimmung durch den örtlichen Personalrat meiner Schule.	
..... (Datum) (Unterschrift)	
FELD 3	ÖRTLICHER PERSONALRAT DER ABGEBENDEN SCHULE
<input type="checkbox"/> Der örtliche Personalrat wurde unterrichtet und ist mit der geplanten Maßnahme <input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> nicht einverstanden Die Stellungnahme ist beigefügt.	
..... (Datum) (Unterschrift)	
FELD 4	SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNG
<input type="checkbox"/> Die Kollegin / Der Kollege ist schwerbehindert. Die örtliche Schwerbehindertenvertretung wurde zu der vorgesehenen Versetzung / Abordnung angehört.	
..... (Datum) (Unterschrift)	
FELD 5	BEAUFTRAGTE FÜR CHANCENGLEICHHEIT
<input type="checkbox"/> Die Beauftragte für Chancengleichheit / Ansprechpartnerin wurde informiert und ist mit der geplanten Maßnahme <input type="checkbox"/> einverstanden. <input type="checkbox"/> nicht einverstanden. Die Stellungnahme ist beigefügt.	
..... (Datum) (Unterschrift)	