

1	Veranstaltungsnummer (Bitte vollständig angeben!)	Meldung zur Fortbildungsveranstaltung																
2	Thema	Des Landesamtes für Schule und Bildung, Standort:	Bezeichnung															
3	Termin																	
4	Personalnummer	Stellungnahme Dienstvorgesetzte/r, Schulleiter/in																
5	Name, Vorname	Teilnahme im dienstlichen Interesse:																
6	Anschrift der Dienststelle / Schule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																
		Begründung:																

		Datum und Unterschrift																
7	Privatanschrift	_____																
		Datum / Unterschrift LaSuB, Standort																
		Stellungnahme der zuständigen Personalvertretungen (§ 80 Abs. 3, Zi. 7; § 81 Abs. 3, Zi. 1 SächsPersVG)																
		Einer Teilnahme wird zugestimmt: Personalvertretung:																
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____																

		Datum und Unterschrift																
8	Geburtsdatum	Entscheidung																
9	(Vorwahl) Telefon/Fax/E-Mail - dienstlich																	
10	(Vorwahl) Telefon/Fax/E-Mail - privat (Angaben freigestellt)																	
11	Dienstliche Funktion																	
12	Abgeschlossene Ausbildung (Fächer)																	
13	Derzeitiger Einsatz in Schularzt																	
	<table border="1"> <tr> <td>Fach</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wo.-Std.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Fach								Wo.-Std.						
Fach																		
Wo.-Std.																		
14	Teilnahme <input type="checkbox"/> mit Übernachtung ¹ <input type="checkbox"/> ohne Übernachtung <small>(¹Für Veranstaltungen des LaSuB: Nur, wenn in der Veranstaltungsausschreibung auf eine Übernachtungsmöglichkeit verwiesen wird.)</small>																	
15	Mit der Aufnahme meines Namens, Vornamens und meiner Dienststellenanschrift in die versandten Teilnehmerlisten bin ich <input type="checkbox"/> einverstanden. <input type="checkbox"/> nicht einverstanden.																	
16	Letzte Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung (Monat/Jahr):																	
17	Besondere Gründe für die Meldung:																	
18	Liegt eine Schwerbehinderung oder Gleichstellung vor? (Angabe freigestellt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																	
19	Sind rollstuhlgerechte Übernachtungsmöglichkeiten bzw. Schulungsräume erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																	
20	_____																	
		Datum und Unterschrift																
		Kenntnisnahme Dienstvorgesetzte/r, Schulleiter/in																
		Mit dieser Zulassung gilt die Fortbildungsreise als angeordnet bzw. genehmigt. Eine Kostenerstattung erfolgt gemäß den Festlegungen im Fortbildungsprogramm.																

		Datum und Unterschrift																

² Mit meiner Unterschrift willige ich gemäß § 4 Abs. 1 Zi. 2 und Abs. 3 SächsDSG in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch Behörden/Einrichtungen des Geschäftsbereichs des SMK zum Zwecke der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen ein. Die Einwilligung kann verworfen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.