

1	Veranstaltungsnummer (Bitte vollständig angeben!)	<b>Meldung zur Fortbildungsveranstaltung</b>	
2	Thema	Des Landesamtes für Schule und Bildung, Standort:	Bezeichnung
3	Termin		
4	Personalnummer	<b>Stellungnahme Dienstvorgesetzte/r, Schulleiter/in</b>	
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	
		<b>Stellungnahme der zuständigen Personalvertretungen</b> (§ 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	
		<b>Entscheidung</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>des LaSuB</b>	
		Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr:	
		<input type="checkbox"/> Sie sind zur Teilnahme an o. g. Veranstaltung zugelassen. <input type="checkbox"/> Die Veranstaltung ist verlegt auf den _____ _____ (bei Verhinderung bitte den Veranstalter rechtzeitig verständigen)	
		<input type="checkbox"/> Die Veranstaltung findet nicht statt. <input type="checkbox"/> Sie sind zu o. g. Veranstaltung nicht zugelassen worden, weil:	
		<input type="checkbox"/> Sie nicht zur Zielgruppe gehören. <input type="checkbox"/> Die Anzahl der Bewerber die Zahl der vorhandenen Teilnehmerplätze übersteigt. <input type="checkbox"/> Ihre Meldung verspätet einging. <input type="checkbox"/> Die Genehmigung des Schulleiters fehlt. <input type="checkbox"/> Die Fortbildung keine Veranstaltung des LaSuB	
		<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe _____	
		_____	
		Datum und Unterschrift	
		<b>Kenntnisnahme Dienstvorgesetzte/r, Schulleiter/in</b>	
18	Liegt eine Schwerbehinderung oder Gleichstellung vor? (Angabe freigestellt) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mit dieser Zulassung gilt die Fortbildungsreise als angeordnet bzw. genehmigt. Eine Kostenerstattung erfolgt gemäß den Festlegungen im Fortbildungsprogramm.	
19	Sind rollstuhlgerechte Übernachtungsmöglichkeiten bzw. Schulungsräume erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	
20	_____	Datum und Unterschrift	
		Datum und Unterschrift Antragsteller/in <sup>2</sup>	

<sup>2</sup> 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.