



## Studieninstitut des Landes Niedersachsen

**Bitte vollständig in Druckschrift ausfüllen und ohne Anschreiben faxen (05042/ 941-52) oder absenden an:**  
Studieninstitut des Landes Niedersachsen, Lange Str. 86, 31848 Bad Münder

### Angaben zur Person

#### Beschäftigungsdienststelle:

bisherige Beschäftigungsdienststelle:  
(Bei Dienststellenwechsel seit der letzten Anmeldung)

|  |                |  |
|--|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frau  | <b>Name*):</b> | <b>Vorname:</b>                                |
| <input type="checkbox"/> Herr  |                |  |
| dienstl. Tel.:   |                | Funktion/Aufgabe:                              |
| e-mail.:   |                | <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung |
| <b>Bei vorliegender Schwerbehinderung:</b> <input type="checkbox"/> Ich bin Rollstuhlfahrer/in <input type="checkbox"/> Assistenz wird mitgebracht<br><small>(Bezüglich der Einzelheiten nehmen Sie bitte mit dem SiN Kontakt auf)</small> |                |  |
| <b>Altersgruppe</b> (für statistische Zwecke): <input type="checkbox"/> bis 29 Jahre <input type="checkbox"/> 30 - 39 <input type="checkbox"/> 40 - 49 <input type="checkbox"/> 50 – 59 <input type="checkbox"/> über 60 Jahre             |                |  |

\* ) **Hinweis:** Wenn der Name der Teilnehmerin/ des Teilnehmers noch nicht feststeht, kann dort „NN“ eingetragen werden.  
Die Angaben sind spätestens 2 Wochen vor Beginn der Veranstaltung mitzuteilen.

### Verbindliche Anmeldung für die Veranstaltung

|  |
|--|
| VA-Nummer:   |
| Titel:   |
| Von _____ bis _____  |
| Meldeschluss:  |
| <input type="checkbox"/> Eine Übernachtungsmöglichkeit wird für diese Veranstaltung <b>NICHT</b> benötigt.   |
| Mir ist bekannt, dass die o.g. Daten zum Zwecke der Teilnehmerverwaltung erfasst und gespeichert werden.<br>Mit der Speicherung meiner Daten erkläre ich mich einverstanden. |
| <b>Datum, Unterschrift der Teilnehmerin/ des Teilnehmers:</b>  |

### Stellungnahme der/des Vorgesetzten

|   |
|---|
| Die Teilnahme <input type="checkbox"/> wird befürwortet <input type="checkbox"/> ist dienstlich notwendig <input type="checkbox"/> Vertretung wird geregelt |
| Begründung  |
| <input type="checkbox"/> Die Zugehörigkeit zur Zielgruppe wird bestätigt. <input type="checkbox"/> Führungskraft <input type="checkbox"/> Sachbearbeitung   |
| <b>Datum, Unterschrift der/des Vorgesetzten</b>   |

### Stellungnahme der entsendenden Dienststelle

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| Die Allgemeinen Bedingungen für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sind mir bekannt.   | Priorität dieser Anmeldung (z.B. 1) bei weiteren Anmeldungen aus meinem Zuständigkeitsbereich zu dieser VA |                            |
| Die durch diese Anmeldung entstehenden <b>Kosten werden von der Dienststelle getragen</b> oder falls abweichend:<br><input type="checkbox"/> Die Kosten trägt die Teilnehmerin/der Teilnehmer. |  | _____                      |
| Name der Unterzeichnerin/ des Unterzeichners:  |  |                            |
| dienstl. Tel./Fax-Nr.:   |  |                            |
| e-mail:  |  |                            |
| <b>Anschrift der entsendenden Dienststelle:</b>  | <b>Rechnungsanschrift</b> (falls abweichend) :   | <b>Datum, Unterschrift</b> |
|  |  |                            |

**SiN**  
**Studieninstitut des Landes Niedersachsen**  
**Lange Str. 86**

**31848 Bad Münder**