

An das
Staatliche Schulamt Rastatt
Ludwigring 7
76437 Rastatt

FAX: 07222 / 9169 - 299

**Einverständniserklärung einer Lehrkraft zu
Versetzung / Abordnung / Teillehrauftrag / Krankheitsvertretung
aus dienstlichen Gründen**

Dienstliche Versetzung an die _____
(Schule)

Abordnung/ Teillehrauftrag
mit _____ an die _____
(Stunden) (Schule)
für den Zeitraum vom _____ bis _____

Einsatz als Krankheitsvertretung (Einverständnis auch bei wenigen Stunden erforderlich)
mit _____ an die _____
(Stunden) (Schule)
für den Zeitraum vom _____ bis _____

Mit der beabsichtigten Maßnahme des Staatlichen Schulamtes Rastatt

bin ich _____
(Name Lehrkraft)

- einverstanden
- nehme dies zur Kenntnis und akzeptierte die Maßnahme
- nicht einverstanden, anbei meine schriftliche Begründung

(Datum, Unterschrift Lehrkraft)

(Unterschrift Schulleitung / Schulstempel)