An das

# Staatliche Schulamt Rastatt

# Ludwigring 7

76437 Rastatt

poststelle@ssa-ra.kv.bwl.de

# **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

Hinweis: Sie haben in diesem Verfahren jederzeit die Möglichkeit den örtlichen Personalrat einzubinden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Datum, Unterschrift Lehrkraft)** **(Unterschrift Schulleitung / Schulstempel)**