



LANDESPROGRAMMLEHRKRAFT

BEWERBUNG

1	für einen Einsatz in	
2	Bewerberin / Bewerber	
	Name	
	Vorname	
	Geburtsname	
	Titel / Namenszusatz	
	Geschlecht	weiblich männlich
	Familienstand	seit
	Geburtsdatum und /-ort	
	1. Staatsangehörigkeit	
	2. Staatsangehörigkeit	
	Konfession	
	Dienst-/Amtsbezeichnung	
	Besoldungs-/Entgeltgruppe	
	Funktionsstelleninhaber/in?	ja: nein
3	Privatanschrift	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Land	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	
4	Schule / Dienststelle	
	Schulname	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Land	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	
5	Ausbildung	
	1. Lehramtsprüfung	(Datum, Ort, Note)
	2. Lehramtsprüfung	(Datum, Ort, Note)
	Erweiterungsprüfung	(Datum, Ort, Note)
	andere	(Datum, Ort, Note)

6	Lehrbefähigung		
	Schulform		
	Fächerkombination		
7	Zusatzqualifikation		
	Schulform		
	Fächerkombination		
	Deutsch als Fremdsprache	ja	nein
8	Sprachkenntnisse		
	Sprache / Niveau		
	Sprache / Niveau		
	Sprache / Niveau		
9	Auslandserfahrung		
	Tätigkeit an einer Auslandsschule	ja	nein
	von - bis		
	Ort		
	Funktionsstelle?	ja: nein	
	Sonstige Auslandserfahrung, z.B. DAAD, GI, PAD		
10	Unterrichtserfahrung ohne Fakultas		
	Schulform		
	Fächer		
11	Sonstige Unterrichtserfahrungen		
	Deutsch als Fremdsprache	ja, Alter der Schüler/innen: nein	
	Vorbereitung auf Deutsches Sprachdiplom	ja, Alter der Schüler/innen: nein	
	Haben Sie schon Ausländer unterrichtet?	ja, Alter der Schüler/innen: nein	
12	(Ehe-) Partnerin / Partner		
	Name		
	Vorname		
	Geburtsname		
	Titel / Namenszusatz		
	Geschlecht	weiblich	männlich
	Verheiratet mit der/dem Bewerber/in	ja	nein
	Geburtsdatum und /-ort		
	1. Staatsangehörigkeit		
	2. Staatsangehörigkeit		
	Konfession		
	Berufsausbildung		
	Ausreise bei Vermittlung vorgesehen?	ja	nein

Privatanschrift – nur angeben, wenn abweichend von Nummer 3	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Land	
Telefon	
Fax	

13 Kinder

Name	
Vorname	
Geburtsdatum und /-ort	
Staatsangehörigkeit	
Ausreise bei Vermittlung vorgesehen?	ja nein
Name	
Vorname	
Geburtsdatum und /-ort	
Staatsangehörigkeit	
Ausreise bei Vermittlung vorgesehen?	ja nein
Name	
Vorname	
Geburtsdatum und /-ort	
Staatsangehörigkeit	
Ausreise bei Vermittlung vorgesehen?	ja nein
Name	
Vorname	
Geburtsdatum und /-ort	
Staatsangehörigkeit	
Ausreise bei Vermittlung vorgesehen?	ja nein

14 Gesundheitszustand der Bewerberin / des Bewerbers

Waren Sie in den letzten 5 Jahren ernstlich erkrankt?	ja: nein
Haben Sie ein chronisches Leiden?	ja: nein
Sind Sie schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt?	Ja, Grad der Behinderung: nein

14 Gesundheitszustand der Partnerin / des Partners, sofern sie / er mit ausreist

Ernstliche Erkrankung in den letzten 5 Jahren?	ja: nein
Liegt ein chronisches Leiden vor?	ja: nein
Ist sie / er schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt?	Ja, Grad der Behinderung: nein

15	Gesundheitszustand des / der mit ausreisenden Kindes/r	
	Vorname	
	Ernstliche Erkrankung in den letzten 5 Jahren?	ja: nein
	Liegt ein chronisches Leiden vor?	ja: nein
	Ist sie / er schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt?	Ja, Grad der Behinderung: nein
	Vorname	
	Ernstliche Erkrankung in den letzten 5 Jahren?	ja: nein
	Liegt ein chronisches Leiden vor?	ja: nein
	Ist sie / er schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt?	Ja, Grad der Behinderung: nein
	Vorname	
	Ernstliche Erkrankung in den letzten 5 Jahren?	ja: nein
	Liegt ein chronisches Leiden vor?	ja: nein
	Ist sie / er schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt?	Ja, Grad der Behinderung: nein
	Vorname	
	Ernstliche Erkrankung in den letzten 5 Jahren?	ja: nein
	Liegt ein chronisches Leiden vor?	ja: nein
	Ist sie / er schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt?	Ja, Grad der Behinderung: nein

16	Nächste/r Angehörige/r in der Bundesrepublik Deutschland	
	Name	
	Vorname	
	Titel / Namenszusatz	
	Geschlecht	weiblich männlich
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Land	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	

17 Bemerkungen**18 Unterschrift**

Ort, Datum

Unterschrift

19 Bestätigung der personalaktenführenden Dienststelle

Die Angaben zu den persönlichen Daten und zu den Lehrbefähigungen werden hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift mit Amtsbezeichnung
Dienstsiegel