



# LANDESPROGRAMMLEHRKRAFT

## BEWERBUNG

|          |                              |                        |
|----------|------------------------------|------------------------|
| <b>1</b> | <b>für einen Einsatz in</b>  |                        |
| <b>2</b> | <b>Bewerberin / Bewerber</b> |                        |
|          | 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:<br>nein            |
| <b>3</b> | <b>Privatanschrift</b>       |                        |
|          | Straße und Hausnummer        |                        |
|          | PLZ und Ort                  |                        |
|          | Land                         |                        |
|          | Telefon                      |                        |
|          | Fax                          |                        |
|          | E-Mail                       |                        |
| <b>4</b> | <b>Schule / Dienststelle</b> |                        |
|          | Schulname                    |                        |
|          | Straße und Hausnummer        |                        |
|          | PLZ und Ort                  |                        |
|          | Land                         |                        |
|          | Telefon                      |                        |
|          | Fax                          |                        |
|          | E-Mail                       |                        |
| <b>5</b> | <b>Ausbildung</b>            |                        |
|          | 1. Lehramtsprüfung           | (Datum, Ort, Note)     |
|          | 2. Lehramtsprüfung           | (Datum, Ort, Note)     |
|          | Erweiterungsprüfung          | (Datum, Ort, Note)     |
|          | andere                       | (Datum, Ort, Note)     |

|           |  |                                      |          |
|-----------|--|--------------------------------------|----------|
| <b>6</b>  | <b>Lehrbefähigung</b>                          |                                      |          |
|           | Schulform                                      |                                      |          |
|           | Fächerkombination                              |                                      |          |
| <b>7</b>  | <b>Zusatzqualifikation</b>                     |                                      |          |
|           | Schulform                                      |                                      |          |
|           | Fächerkombination                              |                                      |          |
|           | Deutsch als Fremdsprache                       | ja                                   | nein     |
| <b>8</b>  | <b>Sprachkenntnisse</b>                        |                                      |          |
|           | Sprache / Niveau                               |                                      |          |
|           | Sprache / Niveau                               |                                      |          |
|           | Sprache / Niveau                               |                                      |          |
| <b>9</b>  | <b>Auslandserfahrung</b>                       |                                      |          |
|           | Tätigkeit an einer Auslandsschule              | ja                                   | nein     |
|           | von - bis                                      |                                      |          |
|           | Ort  |                                      |          |
|           | Funktionsstelle?                               | ja:<br>nein                          |          |
|           | Sonstige Auslandserfahrung, z.B. DAAD, GI, PAD |                                      |          |
| <b>10</b> | <b>Unterrichtserfahrung ohne Fakultas</b>      |                                      |          |
|           | Schulform                                      |                                      |          |
|           | Fächer   |                                      |          |
| <b>11</b> | <b>Sonstige Unterrichtserfahrungen</b>         |                                      |          |
|           | Deutsch als Fremdsprache                       | ja, Alter der Schüler/innen:<br>nein |          |
|           | Vorbereitung auf Deutsches Sprachdiplom        | ja, Alter der Schüler/innen:<br>nein |          |
|           | Haben Sie schon Ausländer unterrichtet?        | ja, Alter der Schüler/innen:<br>nein |          |
| <b>12</b> | <b>(Ehe-) Partnerin / Partner</b>              |                                      |          |
|           | 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     |

|  |  |
|--|--|
| <b>Privatanschrift</b> – 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:<br><br>nein                   |
| Haben Sie ein chronisches Leiden?                                     | ja:<br><br>nein                   |
| Sind Sie schwerbehindert oder einem Schwerbehinderten gleichgestellt? | Ja, Grad der Behinderung:<br>nein |

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

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

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

|           |   |                        |
|-----------|---|------------------------|
| <b>16</b> | <b>Nächste/r Angehörige/r in der Bundesrepublik Deutschland</b> |                        |
|           | 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