|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Antrag auf Vergabe eines befristeten Arbeitsvertrages** | | | | | | | | | | | |
| **Schule**: | | | | | | | | | **Schulnummer:** | | |
| **Vertragsdauer von**       **bis** | | | | | | | | | | | |
| **Überwieg. Einsatz in Schulform:** | | | | | | | | | **Jahrgangsstufe IGS:** 5-6 7-10 | | |
| **Einsatz in der gymnasialen Oberstufe mit** **Stunden.** | | | | | | | | | | | |
| **Stundenumfang:** | | | | | **Fach/Fachrichtung:** | | | | | | |
| **Zu vertretende Lehrkraft:** | | | | | | | **Angaben zum Befristungsgrund: :**  sachgrundlos | | | | |
| **1** | Name: | |  | | | | Befristungsgrund: | | | |  |
| Vorname: | |  | | | | Zeitraum: | | | | vom:       bis: |
| Lehramt: | |  | | | | Anrechenbare Soll/Ist Std.: | | | |  |
| Ausfall im Fach/Fachrichtung: | |  | | | | Std. für diesen Vertrag: | | | |  |
| **2** | Name: | |  | | | | Befristungsgrund: | | | |  |
| Vorname: | |  | | | | Zeitraum: | | | | vom:       bis: |
| Lehramt: | |  | | | | Anrechenbare Soll/Ist Std.: | | | |  |
| Ausfall im Fach/Fachrichtung: | |  | | | | Std. für diesen Vertrag: | | | |  |
| **3** | Name: | |  | | | | Befristungsgrund: | | | |  |
| Vorname: | |  | | | | Zeitraum: | | | | vom:       bis: |
| Lehramt: | |  | | | | Anrechenbare Soll/Ist Std.: | | | |  |
| Ausfall im Fach/Fachrichtung: | |  | | | | Std. für diesen Vertrag: | | | |  |
| Für weitere zu vertretende Lehrkräfte: | | | | | | | nein ja (Anlage beigefügt) | | | | |
| **Einstellung** **(neu oder nach Unterbrechung)**  **Wiedereinstellung** **ohne Unterbrechung**  **Änderung Umfang (innerhalb Laufzeit)**  **Änderung Umfang (während Laufzeit + Verlängerung)** | | | | | | | | | | **PLM EINBOAVPÄD** angelegt  **PLM VERLBAV** angelegt  **PLM ÄNDBESCHB** angelegt  **PLM ÄNDBESCHB** + **VERLBAV** (!) | |
| Abschluss eines befristeten Arbeitsvertrags mit: | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | | Vorname: | | | | | | | w  m  d  Schwerbehinderung |
| Geburtsdatum: | | | | Personalnummer: | | | | | | |
| Straße / Hausnr.:       PLZ / Ort: | | | | | | | Telefon:  E-Mail-Adresse: | | | | |
| Lehramt für: | | | | | | Fächer/ Fachrichtung: | | | | | |
| oder sonstige Abschlüsse: | | | | | | | | | | | |
| Ggf. Erläuterung der Vertretungskette: | | | | | | | | | | | |
| Zustimmung Personalrat beiliegend  Zustimmung Schul. FGB liegt vor | | | | | | | | | | | kein PR gewählt  keine FGB vorhanden |
| **Sonstige Anmerkungen:** | | | | | | | | | | | |
| **Soll gemäß Zuweisung:** | | | | | | | | **PLM-ID:** | | | |
| **Ist-Planung zum Ende des Planungszeitraums:** | | | | | | | | | | | |
| **Delta:** | | | | | | | | | | | |
| **Erläuterungen zur Überversorgung:** | | | | | | | | | | | |
| ***Korrigiertes IST zum Ende des Planungszeitraums:*** | | | | | | | | | | | |
| ***Korrigiertes Delta:*** | | | | | | | | | | | |
| **Erklärung:**  **Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und erkläre, die Vertretungskraft ausschließlich zum vertraglich vereinbarten Zweck (Umfang und Einsatz) einzusetzen. Ggf. eintretende oder erforderliche Änderungen, insbesondere in der Vertretungskette, teile ich dem Staatlichen Schulamt unverzüglich mit. Mir ist bekannt, dass die Vorab-Beschäftigung ohne Arbeitsvertrag unzulässig ist. Dies gilt insbesondere auch im Vorfeld einer Aufstockung oder Verlängerung eines bereits bestehenden Vertrages.**  **Ich bestätige weiterhin, den Leitfaden zur Erstellung eines TV-H-Ticket gelesen und beachtet zu haben.**    Datum Unterschrift Schulleiter/in | | | | | | | | | | | |
| **Schulfachliche Freigabe des Vertrages** | | | | | | | | | | | |
| Fachliche Qualifikation des Bewerbers / der Bewerberin sind ausreichend:  ja  nein  Die Unterrichtserlaubnis für       wird erteilt. | | | | | | | | | | | |
| Vertretungskette ist kohärent:  ja  nein | | | | | | | | | | | |
| **PPB:** | | Versorgung inkl. TV-H-Vertrag liegt unter Soll-Zuweisung  Die Schule ist laut PPB überversorgt.\* siehe Eintrag in PPB | | | | | | | | | |
| **\*Schulfachliche Erläuterungen zur Überversorgung:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Datum Unterschrift schulfachliche/r Dezernent/in | | | | | | | | | | | |