

Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung
Angebote zur Qualifizierung und Kompetenzerweiterung für
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KlinikumDO gGmbH

Name, Vorname		Tätigkeit/ Beruf	
Station / Abteilung		Telefon:	Fax:
Titel und Nr. der Veranstaltung		Mail dienstl.:	
		Mail priv.:	
	<input type="checkbox"/> Erstanmeldung <input type="checkbox"/> Wiederholungsanmeldung	Termin:	
		Uhrzeit:	
		Raum:	
Datum/Unterschrift Mitarbeiter/in			

vom direkten Vorgesetzten auszufüllen:

Die Teilnahme wird **befürwortet**

Die Teilnahme wird **abgelehnt**

Begründung: _____

[Der Antrag ist an den nächst höheren Vorgesetzten weiterzuleiten]

Datum und Unterschrift direkte/r Vorgesetzte/r: _____

vom Abteilungsleiter/PDL auszufüllen:

Die Teilnahme wird **genehmigt**
[Weiterleitung des Antrags an die AkademieDO]

Die Teilnahme wird **nicht genehmigt**

Begründung: _____

[Rückmeldung und Rücksendung des Antrags an den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin (a. d. D.)]

Datum/Unterschrift Abteilungsleitung/PDL: _____

Nur vollständig ausgefüllte Anmeldeformulare können bearbeitet werden!
Bitte die **Anmeldung** per Fax (21063) oder Hauspost an: AkademieDO – Frau Stefanie Giese

<p><u>wird von der AkademieDO ausgefüllt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Die Teilnahme ist möglich</p> <p>Datum: _____</p> <p>_____ Unterschrift AkademieDO</p> <p>Kopie an Mitarbeiter/in (a. d. D)</p>	<p><u>wird von der AkademieDO ausgefüllt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Die Teilnahme ist nicht möglich, da</p> <p><input type="checkbox"/> das Anmeldeformular nicht vollständig ausgefüllt ist</p> <p><input type="checkbox"/> die Veranstaltung leider ausgebucht ist</p> <p><input type="checkbox"/> Alternativtermin: _____</p> <p align="right">Bitte teilen Sie uns kurzfristig mit, ob Sie Ihre Teilnahme ermöglichen können.</p> <p>Datum: _____</p> <p>_____ Unterschrift AkademieDO</p> <p>Kopie an Mitarbeiter/in (a. d. D)</p>
---	--