Qualifizierungsplan

Landespersonalausschuss

- Unterausschuss zur Fortbildungsqualifizierung-

Ministerium des Innern und für Sport

55116 Mainz

**I. Antragsteller**

|  |
| --- |
| *Behörde* |
| **Anschrift**  | Ansprechpartner/inMail-Adresse: |

**II. Personalangaben des Bewerbers**

|  |  |
| --- | --- |
| **Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname** | **Geburtsdatum** |
| **Aktuelle Besoldungsgruppe (mit Angabe der Amtsbezeichnung)** | zukünftige Besoldungsgruppe (mit Angabe der Amtsbezeichnung) |
| **wöchentliche Arbeitszeit:** |  |
| **bisherige Abteilung:** **bisheriges Referat:** | **bisherige Funktion:** |
| **zukünftige Abteilung:****zukünftiges Referat:** | **zukünftige Funktion:** |

**III. Vor- und Ausbildung, berufliche Tätigkeiten**

*Zwingend erforderlich sind Angaben zu:*

*- Laufbahnprüfung bzw. Einstellung und Zeiten hauptberuflicher Tätigkeit*

*- Verbeamtung auf Lebenszeit*

*- vorherige erfolgreich abgeschlossene FBQs (sofern vorhanden)*

|  |  |
| --- | --- |
| **(von – bis)** |  |

**IV. Angaben zur zukünftig wahrzunehmenden Stelle**

|  |
| --- |
|  |

**V. Qualifizierungsplan**

|  |
| --- |
| **System der Fortbildungsqualifizierung für den Bereich "Verwaltung" in ......***(bitte einfügen)*Qualifizierungsmaßnahmen für das Statusamt A (*bitte einfügen)* |
| **Qualifizier-ungsmaßnah-me** | **Durchführende Stelle** | **Zeitraum** | **Erfolgsnachweise** | **Erläuterungen / mögliche Anrechnung** |
| **Sockelqualifizierung** | HöV Mayen |  | Leistungs-bescheinigung |  |
| **Hospitation I:****Bei einer staatlichen Verwaltung oder Kreisverwaltung** |  | Genaue Festlegung des Zeitraums und Verteilung der zu absolvierenden 20 Arbeitstage,Bei Teilzeitkräften reduziert sich die Hospitationszeit entsprechend | Bescheinigung mit Stellungnahme | Angabe des Betreuers:Ziel der Hospitation: |
| **Hospitation II:****innerhalb oder außerhalb der staatlichen Verwaltung** |  | Genaue Festlegung des Zeitraums und Verteilung der zu absolvierenden 20 Arbeitstage,Bei Teilzeitkräften reduziert sich die Hospitationszeit entsprechend | Bescheinigung mit Stellungnahme | Angabe des Betreuers:Ziel der Hospitation: |
| **bedarfsspezi-fische Fortbildungs-seminare** |  | Datum sowie die genaue Angabe des Zeitrahmens der Veranstaltung, bzw. die absolvierten Unterrichtseinheiten | Teilnahmebe-scheinigung | **Titel:***Im Falle einer Anrechnung:*Hier: Anrechnung (1 Tag) |
| **Basistraining für angehende Führungs-kräfte** | Jahresfortbil-dungspro-gramm*des MdI;**bzw.:**der Kommunalakademie**oder eines Anbieters mit vergleichbare Inhalten* | Modul 1:Modul 2: | Teilnahmebe-scheinigung | **Modul 1:**Ziel und Inhalt**Modul 2:**Ziel und Inhalt |

 Stand: März 2023