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