

# Anmeldung zum Eignungsfeststellungsverfahren (EFV)

## **Amtsbezeichnung**

**Name, Vorname**

## **Private Adresse**

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Email-Adresse

## **Funktion**

Lehrkraft

Stellvertretende Schulleiterin / Stellvertretender Schulleiter

mit der Wahrnehmung der Funktion einer Schulleiterin/eines Schulleiters beauftragt

**Dienstzeit:** Zeitpunkt der Beendigung der Probezeit

**Zulassung zum EFV** (Der Nachweis der erforderlichen Qualifizierung liegt bei)

### ***Für Lehrerinnen und Lehrer aus Nordrhein-Westfalen***

**Teilnahme** an der staatlichen Schulleitungsqualifizierung SLQ *oder*

**Teilnahme** an einem auf Führung und Management ausgerichteten, mindestens zweisemestrigen Zusatzstudium an einer Hochschule *oder*

**Teilnahme** an einem vom Ministerium für Schule und Bildung anerkannten Weiterbildungskurs bei einer kirchlichen oder anderen Einrichtung von mindestens 104 Stunden Dauer *und/oder*

**Ununterbrochene** Wahrnehmung der Funktion einer Schulleiterin/eines Schulleiters für mindestens 6 Monate

### ***Für Lehrerinnen und Lehrer aus anderen Bundesländern oder aus dem Auslandsschuldienst***

Nachweis einer gleichwertigen Qualifizierung

## **Angaben zum Dienstort**

Bitte teilen Sie Änderungen umgehend mit

Schulnummer

Name der Schule

Schulform

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Email-Adresse

Ich bin schwerbehindert oder gleichgestellt (§ 2 SGB IX)

Wenn ja: Ich benötige einen Nachteilsausgleich

### ***Für Lehrerinnen und Lehrer, die nicht im Dienst des Landes NRW stehen***

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Unterlagen an meinen Dienstherrn einverstanden

## **Bemerkungen**

Ort

Unterschrift:

Datum

**Ich habe die Informationen gemäß Art. 14 DSGVO zur Kenntnis genommen**