|  |  |
| --- | --- |
| Antragsteller/in (Name, Vorname): | Dienststelle (Stammschule): |
| Wohnort (Anschrift): |

Schulamt für den

Kreis Warendorf

Waldenburger Str. 2

48231 Warendorf

**Antrag auf Gewährung von Dienstunfallschutz für Rektorinnen/Rektoren**

(bzw. kommissarische Schulleitungen)

|  |
| --- |
| Anlass der Dienstreise: |
| Antrittstag | Beginn des Dienstgeschäfts | Ende des Dienstgeschäfts |

Anlage:

Einladung/Programm der Veranstaltung o.ä.

Ort Datum Unterschrift

**Entscheidung der Schulaufsicht**

[ ]  mit Ihrer Teilnahme an der o.g. Veranstaltung bin ich einverstanden.

 [ ]  Dienstunfallschutz i.S.d. § 31 BeamtVG wird für die o.g. Fahrten gewährt.

 [ ]  Bei einem Arbeitsunfall sind Sie durch die Landesunfallkasse NW versichert.

[ ]  Mit Ihrer Teilnahme an der o.g. Veranstaltung bin ich nicht einverstanden.

 Begründung:

Ort Datum Unterschrift