**Nachname:**

**Vorname:**

**Amtstitel:**

**Personalnummer:**       **Sozialversicherungsnummer:**

**Dienststelle:**

,

## Ort, Datum

Herabsetzung der Jahresnorm bzw. Lehrpflichtermäßigung aus gesundheitlichen Gründen - Ansuchen

Aus gesundheitlichen Gründen ersuche ich um Gewährung einer Herabsetzung der Jahresnorm auf       Stunden bzw. Lehrpflichtermäßigung **auf**      Wochenstunden für die Dauer **vom**       **bis**       **.**

Amtsärztliches Gutachten

Unterschrift Lehrer/in

Schule:

Zahl:

der Bildungsdirektion für Burgenland, Dienstort

Unterschrift Schulleitung

Zahl:

der Bildungsdirektion für Burgenland

7000 Eisenstadt

zur Kenntnis und weiteren Veranlassung.

# Für den Dienstort