**Nachname:**

**Vorname:**

**Amtstitel:**

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

**Wohnanschrift:**      

     

**Dienststelle:**

Bildungsdirektion für Burgenland, Dienstort

Leistungsfeststellungskommission

## Ort, Datum

# Antrag auf Leistungsfeststellung

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Ich beantrage eine Leistungsfeststellung gemäß § 65 LDG 1984 über das Schuljahr      **,** weil ich der Meinung bin, dass ich im Schuljahr      meinen Arbeitserfolg durch besondere Leistungen erheblich überschritten habe.

Unterschrift

Angeschlossen: Bericht des Leiters

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Hinweis: Um Leistungsfeststellung soll nur dann angesucht werden, wenn der Antragsteller der Meinung ist, dass im vergangenen Schuljahr seine Leistungen die derzeitige Beurteilung überschritten haben.

**Bis spätestens 31. Oktober die Leistungsfeststellung beantragen!**