Einverständliche Auflösung des Dienstverhältnisses

**Akad. Grad** **Vorname** **ZUNAME:**

Geburtsname:

Dienststelle:

|  |  |
| --- | --- |
| Personalnummer | Versicherungsnummer |
|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Amtstitel/Berufstitel:

Adresse:

Bildungsdirektion für Burgenland

Kernausteig 3

7000 Eisenstadt

Ich bitte um einverständliche Auflösung meines Dienstverhältnisses als

mit Ablauf des

# Gründe

|  |
| --- |
|       |

Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zahl:

Bildungsdirektion für Burgenland

Kernausteig 3

7000 Eisenstadt

zur Kenntnis und weiteren Veranlassung vorgelegt.

Ort, Datum Unterschrift der Schulleitung