|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Dst-Nr. |  | Dienststelle |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Pers.Akt.Nr. |  | Titel, Zu- und Vorname |

An die

NÖ Landesgesundheitsagentur – Personalservice GmbH

Stattersdorfer Hauptstraße 6/C

3100 St. Pölten

**Antrag**

**auf Wechsel der Verwendung durch Zuordnung gemäß**

**§ 24 Abs. 2 NÖ Landes-Bedienstetengesetz (NÖ LBG)**

Ich beantrage meine Zuordnung aus meiner derzeitigen **Verwendung**

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |

(Anmerkung: Genaue Bezeichnung der Referenz- oder Einzelverwendung)

in die künftige **Verwendung**

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |

(Anmerkung: Genaue Bezeichnung der Referenz- oder Einzelverwendung)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| beginnend mit 1. |  |  |  | . |
|  | Monat |  | Jahr |  |

Folgende für die neue Verwendung vorgesehene Voraussetzungen werden von mir erfüllt:

|  |
| --- |
| * Nachweis der zwingenden Vorbildung:
 |
|  [ ]  liegt dem Antrag bei |
|  [ ]  nicht erforderlich bzw. wurde bereits übermittelt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Dienstausbildungsmodul absolviert:
 | [ ]  | ja, am |       |
|  | [ ]  | nein |  |
|  | [ ]  | nicht erforderlich |

Information:

* Zuordnungen können nur nach Maßgabe des Dienstpostenplans erfolgen. Es besteht daher kein Rechtsanspruch auf einen Wechsel der Verwendung durch Zuordnung.
* Bei einer Zuordnung zu einer Verwendung, die einer anderen nicht verwandten Berufsfamilie angehört, wird der Stichtag von Amts wegen neu ermittelt.
* Eine Zuordnung hat nur einen vorläufigen Wechsel der Verwendung (vorläufige Verwendung) zur Folge, wenn diese zur Entlohnung nach einer höheren Gehaltsklasse als in der letzten dauernden Verwendung führt, zu Vertretungszwecken erfolgt, auf Antrag zu einer Verwendung einer nicht verwandten Berufsfamilie erfolgt, oder auf Antrag unter der Bedingung erfolgt, dass die für die geänderte Verwendung vorgesehene Dienstprüfung binnen angemessener Frist erfolgreich abzulegen ist.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Datum |  | Unterschrift Bedienstete/r |

***Von der Dienststellenleitung auszufüllen!***

[ ]  Der Antrag wird befürwortet.

Grund der Zuordnung ist die Wahrnehmung einer Vertretung

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein |  |
| [ ]  ja von  |  |
| wegen |  |
| bis |  |  |

(Anmerkung: Bei Bejahung ist anzugeben welche Person vertreten wird, der Grund der Vertretung und bis wann die Vertretung erfolgen soll)

[ ]  Der Antrag wird nicht befürwortet.

Stellungnahme bei Ablehnung des Antrages:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Datum |  | Unterschrift Dienststellenleitung |

[x]  Bitte Zutreffendes ankreuzen!