**- Bitte nur die stark umrandeten Felder ausfüllen -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Z** | **Personalnummer beim LBV** | **Arbeitsgebiet** | **Aktenzeichen** |
|  |  | **beim LBV** | **beim SSA** |
| **1** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATENFELD** |
| **2** | **Familienname**      |
| **3** | **Vorname**      |
| **4** | **Geburtsdatum**      |
| **5** | **Amts- bzw. Dienstbezeichnung**      |
| **6** | **Schule: Name, Schulart, PLZ, Schulort**                     |
| **7** | **Staatliches Schulamt** |
| **8** | **Regierungspräsidium**Stuttgart |
| **9** | **Mutmaßlicher Tag der Entbindung**      |
| **10** | **Beginn der Mutterschutzfrist**      |
| **11** | **Gewerbeaufsichtsamt**      |

|  |  |
| --- | --- |
| **FELD 1** |  **LEHRERIN** |
| **Auf dem Dienstweg****An das****Staatliche Schulamt** Hiermit teile ich unter Anschluss eines ärztlichen Zeugnisses meine Schwangerschaft sowie den mutmaßlichen Tag der Entbindung mit. Mit einer Information des Örtlichen Personalrats \*) über meine Schwangerschaft[ ]  bin ich einverstanden. [ ]  bin ich nicht einverstanden.  |
|  | Wohnort: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort; Tel.-Nr. mit Vorwahl |  |
| **Für die Erstattung der Gebühr des ärztlichen Zeugnisses (Nur bei Vorlage des Originals)****04/20-2.9.807**Name der Bank:      IBAN (22 Zeichen):      BIC (11 Zeichen):      Kontoinhaber\*in:             ...................................................... .................................................................................. Datum UnterschriftAnlage1 ärztliches Zeugnis |
|  \*) Der Personalrat hat auch über die Einhaltung der mutterschutzrechtlichen Bestimmungen zu wachen.  |

|  |
| --- |
| ANZEIGE EINER SCHWANGERSCHAFT |

|  |  |
| --- | --- |
| **FELD 2** |  SCHULE |
| **Dem****Staatlichen Schulamt** vorgelegt.  |
|  | **Derzeitiger Lehrauftrag** |  |
|  | **WStd** | **Fach** |  |
| ....................................................... ............................................................................ Datum UnterschriftAnlage1 ärztliches Zeugnis |
| **FELD 3** |  **STAATLICHES SCHULAMT**  |
| 1. [ ]  Information ÖPR2. ASD-BW3. z. d. A. |
|  |