

A N M E L D E F O R M U L A R

1. an die Vorgesetzte / den Vorgesetzten zur **Genehmigung**

Datum _____

Unterschrift _____

Priorität: _____2. nach Genehmigung über den **Dienstweg**Personalstelle
(Stadt, Landratsamt, Regierung, Landesamt, Ministerium)

Regierung

Priorität geändert: _____3. an das Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, AGL
per **FAX (0 91 31) 68 08 – 43 38**

AGL – _____

Veranstaltungsdatum: _____

Seminarort: _____

Anmeldeschluss: _____

Seminartitel: _____

Name, Vorname: _____

E-Mail: _____

Beschäftigungsbehörde / Firma _____

Telefon: _____

Bitte Berufsgruppe* auswählen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amtsarzt / Arzt im ÖGD | <input type="checkbox"/> Amtstierarzt | <input type="checkbox"/> Verwaltungskraft staatlich
(Sachbearbeiter bei Ministerium,
Landesamt, Regierung, Landratsamt) |
| <input type="checkbox"/> Hygienekontrolleur | <input type="checkbox"/> Lebensmittelkontrolleur | <input type="checkbox"/> Verwaltungskraft <u>kommunal</u>
(Sachbearbeiter der kreisfreien
Städte und Landkreise) |
| <input type="checkbox"/> SMA | <input type="checkbox"/> Veterinärassistent | <input type="checkbox"/> Gewerbeaufsichtsbeamter |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagoge | <input type="checkbox"/> Futtermittelkontrolleur | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeut / Apotheker | <input type="checkbox"/> Lebensmittelchemiker | |
| <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Pharmazieräte | <input type="checkbox"/> amtlicher Tierarzt | |
| <input type="checkbox"/> Jurist | <input type="checkbox"/> amtlicher Fachassistent | |

* Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei den Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Bitte wählen Sie unbedingt eine der folgenden Aussagen aus:

- Ich bin beim Freistaat Bayern beschäftigt. Es fällt daher kein Teilnehmerbeitrag an.
- Ich verzichte auf die Erstattung meiner Reisekosten aus staatlichen Mitteln.
- Ich bin **nicht** beim Freistaat Bayern beschäftigt. Ein Teilnehmerbeitrag wird **nach** Erhalt einer Kostenrechnung überwiesen. Zur Beitragspflicht: Siehe Fortbildungskatalog/Allgemeine Hinweise.

Rechnungsadresse: _____

- Ich habe die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung [LINK](#) gelesen, akzeptiere sie und stimme ihr hiermit zu.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Stand: Dezember 2018

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit