**AUSTAUSCHPROGRAMM**

**A**

Passbild  
neuesten Datums  
mit Namen hier  
aufkleben

|  |
| --- |
| **FREMDSPRACHENASSISTENTINNEN UND - ASSISTENTEN** |

Tschechien

**Herkunftsland:**

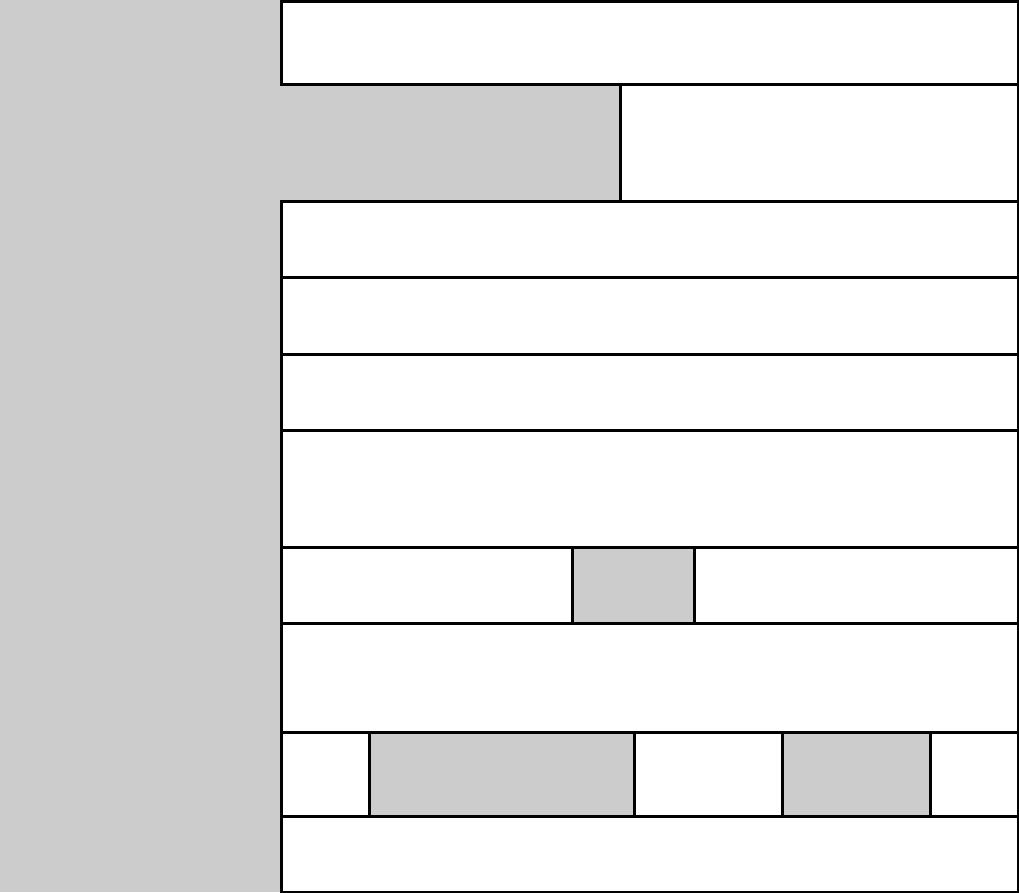
(leere Felder bitte im PC oder in Druckschrift ausfüllen)  
 B e w e r b u n g

|  |  |
| --- | --- |
| Programmjahr | **2023/2024** |
|  |

1. Angaben zur Person

E-Mail (unbedingt angeben)

Geschlecht  
(w/m/d)



Tel.

Straße

Ort

Geburtsdatum

Provinz, PLZ

Name

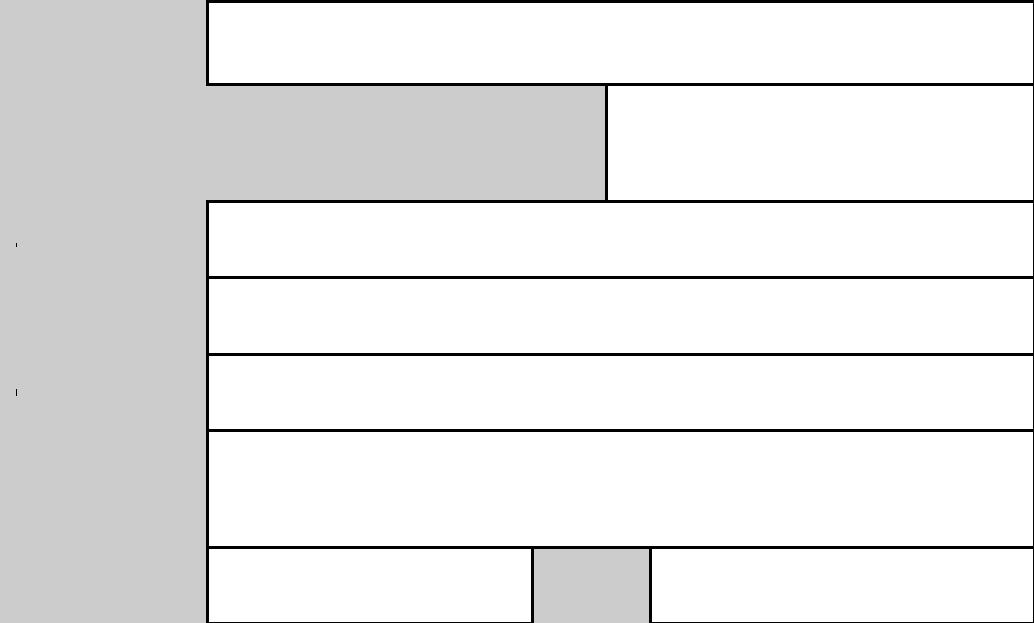
Heimatanschrift:

Familienstand

mobil

Kinder

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nationalität |  | Bekenntnis  1 |  |
| Geburtsort |  |  |  |
|  |  |  |  |



Vorname

Tel.

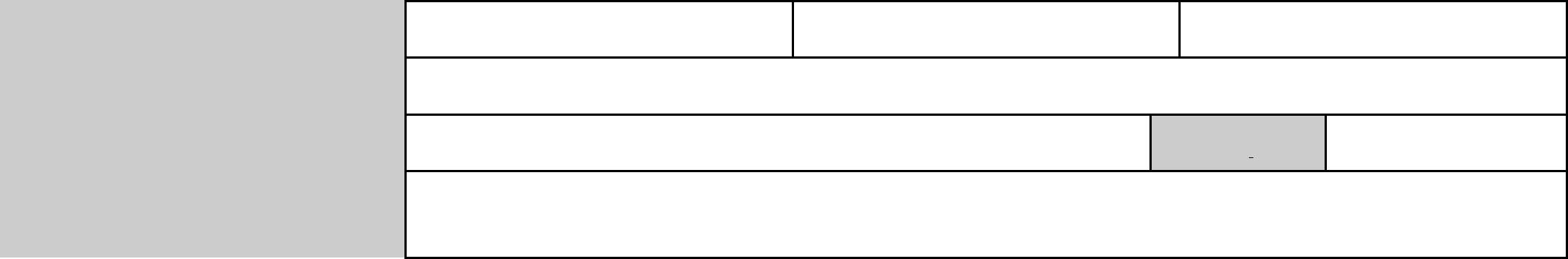
Straße

Ort

Provinz, PLZ

Anschrift am Studienort bis zum:

mobil



Studienjahr

Studienfächer Berufsziel

besuchte Universität

momentaner akademischer Status

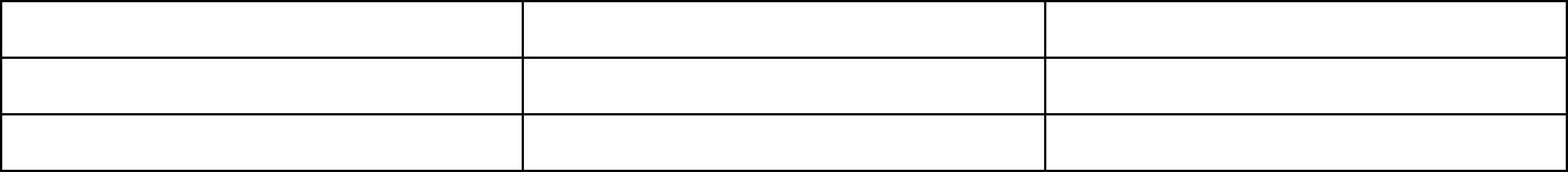
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| voraussichtlicher akad. Abschluss; z. B. BA | Grad: | Ort |  | Datum |  |
| bereits erhaltener akad. Abschluss | Grad: | Ort |  | Datum |  |
| Gute Fremdspra- chenkenntnisse  gemäß GER in: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2. Mögliche Präferenzen für den Einsatz als FSA in Sachsen oder XX für beliebig angeben

1 Angabe freiwillig

1. längere bisherige Auslandsaufenthalte (außer Urlaube)

|  |
| --- |
| Land Zeitraum Art |



1. Schulpraktika / Unterrichtserfahrung

5. Hobbys / Interessengebiete / soziales Engagement

6. Im Notfall (schwere Erkrankung, Unfall) ist zu verständigen:

Seite 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name Straße |  |  |  |
|  | Ort |  |
| Tel./ Fax |  | Email |  |
|  |  |  |  |

1. Gleichzeitig habe ich noch folgendes Stipendium beantragt

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

1. Ich verpflichte mich,

* nach dem positiven Entscheid über meinen Antrag kein anderes Stipendium für das Austauschjahr anzunehmen,
* die Aufgabe als FSA über die gesamte Programmdauer auszuüben. In besonders begründeten Fällen kann der Einsatz nur mit Zustimmung der beteiligten Behörden vorzeitig beendet werden.
* nichts über die Schule ohne die Zustimmung der dortigen Schulbehörde zu veröffentlichen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei einem unbegründeten Rücktritt oder bei Verletzung der o.g. Bedingungen durch mich eine erneute Bewerbung für das FSA-Programm nicht berücksichtigt werden kann.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |