

Anmeldung

KOPIERVORLAGE

LWL-Integrationsamt Westfalen – Infothek –
48133 Münster
Fax: 0251 591-6566

Teilnehmer: _____
Name/Vorname

Telefon: _____
E-Mail: _____

Genauere Bezeichnung und Anschrift des Betriebes/der Dienststelle:

Betriebsnummer des Betriebes/
der Dienststelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--

(BA-Nummer wird von Agentur für Arbeit
vergeben)

Funktion im Betrieb/der Dienststelle: (Bitte unbedingt ausfüllen)

- Schwerbehindertenvertretung (SBV)
- Stellvertretung der SBV
- Betriebs-, Personalrat, Mitarbeitervertretung
- Beauftragte/r der/des Arbeitgeberin/Arbeitgebers
- Personalverantwortliche/r

Seit wann gewählt/bestellt:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Beizufügen sind folgende kurze Informationen zum bestehenden BEM-Team:

Seit wann existiert das BEM-Team? _____

Namen und Funktion der Teammitglieder? _____

Welche BEM-Fortbildungen haben die einzelnen Teammitglieder besucht? _____

Anzahl der bisher durchgeführten BEM-Verfahren? _____

Existiert eine Betriebsvereinbarung zum BEM? _____

Bitte die jeweilige Kursnummer unter der entsprechenden Rubrik eintragen, den Kurs-termin zur Bestätigung wiederholen und einen möglichen Ausweichtermin angeben.

Kurs-Nummer	Termin	Ausweichkurs/-termin
FPP5		

(Datum)

(Unterschrift)

(Nicht vollständig ausgefüllte Anmeldungen können leider nicht bearbeitet werden!)