



Dienstverschiebungsgesuch

Personalien

Name Versichertennummer

Vorname Grad

Adresse Funktion

PLZ, Ort *) Einteilung

Tel. privat *) Wohnort = Ort, wo die Schriften hinterlegt sind

Tel. Geschäft

Tel. mobil

E-Mail

Vorgesehener Dienst

Kadervorkurs (KVK)

Kursnummer/-name

von

bis

Wiederholungskurs (WK)

Kursnummer/-name

von

bis

Dienstverschiebung (Nächstmögliche Dienstperiode)

1. Priorität von bis

2. Priorität von bis

Ferien (Datum)

von bis

von bis

von bis

Reise mit

SBB/ÖV

Auto



Ausfüllen im Studienfall

Studiensituation (zurzeit des Zivilschutzdienstes)

<input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Mittelschule	<input type="checkbox"/> Meisterkurs	<input type="checkbox"/> HF		
<input type="checkbox"/> PH	<input type="checkbox"/> FH	<input type="checkbox"/> Uni/ETH	<input type="checkbox"/> Andere		
Bildungsstätte	Studienrichtung				
Studienjahr	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5. Semester
Semesterstart	Semesterende				
Studienende					
<input type="checkbox"/> Bachelor	<input type="checkbox"/> Master				
<input type="checkbox"/> Nachdiplom	<input type="checkbox"/> Andere				

Angemeldete Prüfungen

<input type="checkbox"/> Aufnahme-/Zulassungsprüfung	<input type="checkbox"/> Vorprüfung
<input type="checkbox"/> Zwischenprüfungen	<input type="checkbox"/> Semesterprüfung
<input type="checkbox"/> Modulprüfung	<input type="checkbox"/> Modulabschlussprüfung
<input type="checkbox"/> ausgelagerte Modulabschlussprüfung	<input type="checkbox"/> Abschlussprüfung
<input type="checkbox"/> Diplomprüfung	<input type="checkbox"/> Andere

Prüfungsdaten

von	bis
von	bis
von	bis
.....
Ort, Datum	Unterschrift des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin

Antrag der Beratungsstelle

(Zwingend! Ohne Antrag der Beratungsstelle wird das Gesuch dem Gesuchsteller / der Gesuchstellerin zurückgesandt)

Wir beantragen das Gesuch von:
zu

bewilligen (zwingender Grund) bewilligen nicht bewilligen

Begründung ev. Bemerkung

.....

.....

.....
Ort, Datum	Stempel der Beratungsstelle, lesbarer Name der berechtigten Person + Unterschrift



Schul- / Lehr- / Arbeitspflichtige

Gründe

- Lehre
- beruflich
- berufliche Weiterbildung
- medizinisch (zwingend ärztliches Attest beilegen)
- Andere:

Begründung, ev. Bemerkung

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Gesuchstellers / der Gesuchstellerin

Beilagen

(Zwingend! Ohne Beilagen wird das Gesuch dem Gesuchsteller / der Gesuchstellerin zurückgesandt)

- Bestätigung Arbeitgeber
- Arztzeugnis