

**Nur für das Schuljahr 2018/2019 und bis 31. Dezember 2019 bei sonstigem Anspruchsverlust geltend zu machen!**

BITTE SOFORT NACH ABLAUF DES SCHULJAHRES EINREICHEN!										
Amt der Tiroler Landesregierung <b>Landessanitätsdirektion</b> 6020 Innsbruck										
<h2 style="margin: 0;">ANTRAG*</h2> <h3 style="margin: 0;">auf Gewährung des Beitrages des Landes zu den Kosten des schulärztlichen Dienstes und wöchentliche Sprechstunde<sup>1</sup></h3>										
Schule					Schulerhalter:					
IBAN						BIC				
Name und Anschrift des Schularztes:										
E-Mail-Adresse der Schulärztin / des Schularztes:										
Datum der Untersuchung / Sprechstunde IX–XII 2018 I–VII 2019	Zahl der untersuchten Schüler / Anzahl der geführten Gespräche	Arbeitszeit Untersuchung		Arbeitszeit Sprechstunde		Fahrzeit Ordination Schule und zurück		Gesamtzeitaufwand auf Stunden gerundet	Gefahrenre Kilometer Ordination Schule und zurück	Bestätigung der Schulleitung
		Std.	Min.	Std.	Min.	Std.	Min.			
Beilage: Honorarnote mit Zahlungsnachweis										
..... Datum					..... Stampiglie, Unterschrift (Schulerhalter)					

\*§ 86 des Tiroler Schulorganisationsgesetzes Amt-0027

<sup>1</sup> Wir weisen darauf hin, dass zur Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. zur Durchführung des Verfahrens personenbezogene Daten verarbeitet werden. Ausführliche Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.tirol.gv.at/datenschutz> im Verarbeitungsverzeichnis Amt der Tiroler Landesregierung unter Suche nach [Subventionen/Förderungen - Landessanitätsdirektion](#).

**BITTE NICHT AUSFÜLLEN!**

**BERECHNUNG DES  
LANDESBEITRAGES**

Summe Arbeits- und Fahrzeit von  
September 2018 bis Dezember 2018 x € 63,97  
Januar 2019 bis Juli 2019 x € 65,65

Summe gefahrene Kilometer  
zwischen Ordination und Schule  
September 2018 bis Juli 2019 x € 0,42

davon 40 von Hundert

Soll	<u>Kontierung</u>	Haben
VAP 1 516009 7270 049		
sachlich richtig	}	
Rechnerisch anerkannt mit € .....		
Zur Zahlung angewiesen		
Belegnr.		Gebucht am: