

**Nur für das Schuljahr 2016/2017 und bis 31. Dezember 2017 bei sonstigem Anspruchsverlust geltend zu machen!**

BITTE SOFORT NACH ABLAUF DES SCHULJAHRES EINREICHEN!

Amt der  
Tiroler Landesregierung  
**Landessanitätsdirektion**  
6020 Innsbruck

## ANTRAG\*

**auf Gewährung des Beitrages des Landes  
zu den Kosten des schulärztlichen Dienstes**

Schule

Schulerhalter

IBAN

BIC

Name und Anschrift des Schularztes

E-Mail-Adresse der Schulärztin / des Schularzts

Datum der Untersuchung IX–XII 2016 I–VII 2017	Zahl der untersuchten Schüler	Arbeitszeit		Fahrzeit Ordination – Schule und zurück		Gesamtzeit- aufwand auf Stunden gerundet	Gefahrene Kilometer Ordination – Schule und zurück	Bestätigung der Schulleitung
		Std.	Min.	Std.	Min.			
SUMME		xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx						xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Beilage: Honorarnote mit Zahlungsnachweis

.....  
Datum

.....  
Stampiglie, Unterschrift (Schulerhalter)

\* § 86 des Tiroler Schulorganisationsgesetzes Amt-0027

**BITTE NICHT AUSFÜLLEN!**

**BERECHNUNG  
DES LANDESBEITRAGES**

Summe Arbeits- und Fahrzeit von  
September 2016 bis Dezember 2016 x € 61,73  
Januar 2017 bis Juli 2017 x € 62,52

Summe gefahrene Kilometer  
zwischen Ordination und Schule  
September 2016 bis Juli 2017 x € 0,42

davon 40 von Hundert

Soll	<u>Kontierung</u>	Haben
VAP 1 516009 7277 008		
sachlich richtig		
Rechnerisch anerkannt mit € .....		
Zur Zahlung angewiesen		
Belegnr.		Gebucht am: