



PERSONALEINSATZ - STELLENBESETZUNG¹

EFRE/JTF-kofinanzierter Vorhaben - FP 2021-2027

Wissens- und Technologietransfer 2022

Antragsnummer: _____
(siehe Antragsformular)

Die bzw. der Zuwendungsempfängende: _____

Vorhaben: _____

Bezeichnung der Stelle: _____

Die bzw. der Stelleninhabende

Name: _____ Vorname: _____

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit der bzw. des Stelleninhabenden

Vollzeit (Monatssatz) oder anteilig (prozentualer Monatssatz oder Stundensatz)

Wenn anteilig: (zutreffendes bitte ausfüllen)	_____ Stunden oder _____ Prozent	davon im Vorhaben:	_____ Stunden oder _____ Prozent
--	--	-----------------------	--

Bei Anwendung von Stundensätzen, bitte Stunden angeben. Bei Anwendung von Monatssätzen, bitte Prozente angeben.

Datum Eintritt ins Unternehmen: _____

Datum Eintritt ins Vorhaben: _____

¹ Dieses Formular Personaleinsatz-Stellenbesetzung wird im Sinne von Artikel 55, Abs. 5 der VO 2021/1060 für die Anwendung von Monatssätzen (Vollzeit und anteilig) auf prozentualer Basis als Vorhabenabstellung verwendet.

Einordnung der Stelle

Personalkostenkategorie nach TV-L, bzw. für Hilfskräfte

	Personalkostenkategorie
<input type="checkbox"/>	E 15Ü
<input type="checkbox"/>	E 15
<input type="checkbox"/>	E 14
<input type="checkbox"/>	E 13
<input type="checkbox"/>	E 12
<input type="checkbox"/>	E 11
<input type="checkbox"/>	E 10
<input type="checkbox"/>	E 9b
<input type="checkbox"/>	E 9a
<input type="checkbox"/>	E 8
<input type="checkbox"/>	E 7
<input type="checkbox"/>	E 6
<input type="checkbox"/>	E 5
<input type="checkbox"/>	E 4
	Hilfskraft
<input type="checkbox"/>	a) ohne Abschluss
<input type="checkbox"/>	b) mit Bachelor-Abschluss
<input type="checkbox"/>	c) mit Master-Abschluss

- Durchschnittskostensätze - bestätigt von einem Wirtschaftsprüfer oder einer Wirtschaftsprüferin
Nur für Forschungseinrichtung mit geordnetem Rechnungswesen gemäß Nummer 2 der Leitsätze für die Preisermittlung aufgrund von Selbstkosten (LSP), das einer externen Prüfung durch Wirtschaftsprüfer unterliegt.

Angaben zur Qualifikation der bzw. des Stelleninhabenden

Einschlägige Berufserfahrung: _____ Jahre
(bezogen auf die Tätigkeiten im Vorhaben)

Ausbildungen

--

Weiterbildungen/Fachkenntnisse

--

Berufserfahrung

--

Tätigkeitsbeschreibung (ausschließlich bei Verwendung des Vollzeit-Monatssatzes bzw. des anteiligen Monatssatzes)

(ausschließlich vorhabenbezogene Tätigkeiten angeben)

Datum gültig ab _____ (z. B. Eintritt ins Vorhaben oder Änderung vom Tätigkeitsumfang bzw. -profil)

Tätigkeitsbereich		Einzeltätigkeit im Tätigkeitsbereich
Anteil in %	Bezeichnung	

Erklärungen der bzw. des Stelleninhabenden und Zuwendungsempfangenden

(Alle Erklärungen müssen einzeln durch bestätigt werden.)

- Die Stelle wurde gemäß Antrag eingerichtet.
- Die bzw. der Stelleninhabende erfüllt die Anforderungen an die Stelle.

Die bzw. der Stelleninhabende

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Die bzw. der Zuwendungsempfangende

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Hinweis:

Bitte das Dokument ausdrucken, unterschreiben, einscannen und über das Kundenportal einreichen.
Das Original ist aufzubewahren.