

Antrag

zur Förderung von Präventionsschulungen sexualisierter Gewalt

(Stand: 08.11.2024)

Angaben zum Träger der Schulung			
Name & Rechtsträger der Schule			
Anschrift			
Ansprechpartner/in			
Telefon		Fax	
E-Mail			

Angaben zur Schulung	
Termin der Schulung	
Zeitungsumfang	<input type="checkbox"/> 3 Std. <input type="checkbox"/> 6 Std. <input type="checkbox"/> 12 Std.
Vertiefungsschulung	<input type="checkbox"/> ja Thema: <input type="checkbox"/> nein
Anbieter der Schulung	<input type="checkbox"/> Inhouse-Schulung <input type="checkbox"/> Drittanbieter:
Schulungsformat	<input type="checkbox"/> Präsenzveranstaltung <input type="checkbox"/> Blendend-Learning <input type="checkbox"/> Onlineveranstaltung
Ort der Schulung	
1. Schulungsreferent/in	
Kontaktdaten	
Anerkennung durch das Bistum Münster liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Schulungsreferent/in	
Kontaktdaten	
Anerkennung durch das Bistum Münster liegt vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zielgruppe der Schulung	

Teilnehmerzahl (ohne Referent*innen)	
--------------------------------------	--

Hinweise:

1. Das **Schulungsprogramm** mit genauen Angaben zu Einzelthemen, zeitlichen Abläufen und den autorisierten Referent*innen ist dem Antrag zur Förderung von Präventionsschulungen sexualisierter Gewalt beigelegt.
2. **Honorarverträge** mit Referent*innen und anderen Bildungseinrichtungen werden direkt mit der Präventionsbeauftragten Svenja Bäumer geschlossen und abgerechnet.
3. Innerhalb von zwei Monaten nach Abschluss der Veranstaltung ist der **Verwendungsnachweis mit unterschriebener Teilnehmer/innenliste** von allen Teilnehmenden und Referent*innen sowie die **Kopien der Originalbelege für Overhead und Verpflegungskosten** bei der Stabsstelle Intervention und Prävention einzureichen.

Ort, Datum

verantwortliche Leitung

Schulungsprogramm

Das Programm muss ausführlich und mit genauer Zeitangabe erstellt werden.

Angaben zur Präventionsschulung			
Uhrzeit Von - bis	Einzelthemen / Inhalte / Methode	Namen der/des Referent*innen	Sonstiges

Hiermit bestätige ich, dass das Schulungsprogramm zeitlich und thematisch bestmöglich durchgeführt wird.

Ort, Datum

verantwortliche Leitung