

**Bitte senden an:**  
**Bischöfliches Generalvikariat**  
**101 – Fachstelle Prävention sexualisierter Gewalt**  
**Rosenstr. 17, 48143 Münster**  
**Tel.: 0251/495-17012**  
**Fax: 0251/495-717012**  
**Email: praevention@bistum-muenster.de**

## ANTRAG

### Förderung von Schulungen zur Prävention sexualisierter Gewalt

Angaben zum Träger der Schulung:			
Träger der Schulung			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon		Fax	
E-Mail			
Ansprechpartner/in			
Zuständige Zentralrendantur (bei kirchengem. Trägern)			

Verantwortliche Leitung der Schulung:			
Name			
Funktion			
Straße			
PLZ, Ort			
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 <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Thema:	
Ort der Schulung	
<b>1. Schulungsreferent/in (Name)</b>	
Qualifikation / Ausbildung	
Anerkennung als	Fachkraft für PräVSchulung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Teamer/in für PräVSchulung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>2. Schulungsreferent/in (Name)</b>	
Qualifikation / Ausbildung	
Anerkennung als	Fachkraft für PräVSchulung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Teamer/in für PräVSchulung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zielgruppe der Schulung	
Teilnehmerzahl (ohne Referenten)	

**Bestätigungen:**

- Die Richtlinien zur Förderung von Präventionsschulungen im nordrhein-westfälischen Teil des Bistum Münster vom 15.03.2014 sind bekannt und werden beachtet.
- Es werden keine weiteren maßnahmebezogenen Zuschüsse des Bistums Münster beantragt.
- Für die Schulung wurden öffentliche Zuschüsse  beantragt  bewilligt  abgelehnt
- Der Verwendungsnachweis wird spätestens zwei Monate nach Durchführung der Schulung mit folgenden Aufgaben vorgelegt:
  - Programm mit den Angaben zu den Einzelthemen, den autorisierten Referenten und den zeitlichen Abläufen
  - Kopie der Teilnehmer/innenliste mit eigenhändiger Unterschrift der Teilnehmenden und der Referenten
  - Kopie der Honorarabrechnung/en bzw. der Honorarquittung/en

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
verantwortliche Leitung