

---

Schule

Ministerium  
für Bildung und Wissenschaft  
des Landes Schleswig-Holstein  
- III -  
Brunswiker Str. 16 - 22  
24105 Kiel

## Dienstzugangsbestätigung

Name, Vorname :

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Personalnummer:

Amtsbezeichnung:

studierte Fächer:

Tag des Dienstantritts:

---

Unterschrift der Lehrkraft

Bestätigung der Schulleitung  
Kiel, den \_\_\_\_\_

Sichtvermerk des Schulamtes  
Kiel, den \_\_\_\_\_

---

Schulleiter / in