



Stundenaufstellung im Rahmen der Multiprofessionellen Arbeitsgruppe

Name des Moduls:	
Name des*der Referent*in:	
Ort der Durchführung/durchführende Bildungseinrichtung:	

Datum	Uhrzeit		Arbeitszeit (in Stunden)
	von	bis	
Gesamt:			

Eventuelle Vor- und Nachbereitung (in Stunden) (Sollte vor Beginn des Angebots beim federführenden Amt angezeigt worden sein.)	
Gesamt:	

Darstellung zentraler Ergebnisse

Zentrale Ergebnisse (eventuell mit kurzer Beschreibung, wie/durch welche Faktoren sich der Erfolg eingestellt hat, gern auch mit Bezug auf das Bundesprogramm und auf das Fördergebiet Spremberg/GrodK)

Eventuell Verbesserungspotenziale

Bewertung aus Sicht des*der Referent*in (1: außerordentlich gut/6: unzureichend)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Eventuell Kooperationspartner*innen

Unterschrift des*der Referent*in: