

Einschätzung während der Probezeit

für

(Amtsbezeichnung)

(Vor- und Zuname)

geb. am:

Schwerbehinderung (§ 2 Abs. 2 des
Neunten Buches Sozialgesetzbuch –
SGB IX) oder Gleichstellung (§ 2 Abs. 3
SGB IX)

☐ nein

☐ ja

Grad der Behinderung:

Beurteilungszeitraum vom XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX

Fachlaufbahn: XXXX

1. Tätigkeitsgebiet und Aufgaben in der bisherigen Probezeit

Dauer von ... bis ... (teilzeitbeschäftigt von ... bis ... / Arbeitsanteil)	Dienststelle	Art der Tätigkeit Beschreibung des Aufgabengebiets
XX.XX.XXXX – XX.XX.XXXX	(Dienststelle)	Mitarbeiterin / Mitarbeiter, Sachbearbeiterin / Sachbearbeiter, Referentin / Referent im Referat XX „XXXX“ mit folgenden Aufgaben: – , – , – , – , – .

2. Gesamtwürdigung (verbale Beschreibung)

(Sofern eine Verkürzung der Probezeit nach Art. 36 Abs. 1 bzw. Art. 53 Satz 1 LlbG bei erheblich über den Durchschnitt liegenden Leistungen in Betracht kommt, ist dies hier festzustellen. Sofern dagegen Leistungsmängel bestehen, sollen diese, ihre Ursachen und Möglichkeiten der Abhilfe dargestellt werden.)

3. Bewertung

Die Beamtin/der Beamte ist für die Aufgaben der Fachlaufbahn und, soweit gebildet, des fachlichen Schwerpunkts und für die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit

- ☐ voraussichtlich geeignet.
☐ voraussichtlich noch nicht geeignet.
☐ voraussichtlich nicht geeignet.

4. Sofern für den Vollzug des Art. 30 Abs. 3 Satz 1 BayBesG und/oder des Art. 66 Abs. 1 Satz 1 bzw. 4 BayBesG erforderlich:

a) Die Mindestanforderungen im Sinne des Art. 30 Abs. 3 Satz 1 BayBesG werden erfüllt.

- ☐ ja ☐ nein ¹

b) (ggf.) Dauerhaft herausragende Leistungen gemäß Art. 66 Abs. 1 Satz 1 bzw. 4 BayBesG

- ☐ werden festgestellt

Dienststelle

(Dienststelle)

Beurteiler

(Amtsbezeichnung, Vor- und Zuname)

....., den
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Beurteilers)

¹ Falls die Beamtin bzw. der Beamte die an das Amt gestellten Mindestanforderungen nicht erfüllt, ist dies in einer gesonderten Mitteilung schriftlich zu begründen. In der Mitteilung ist auch der Zeitpunkt anzugeben, ab dem der Stufenstopp wirkt (vgl. dazu Abschnitt 5 der VV-Beamtr bzw. Nr. 30.3 der BayVwVbes zu Art. 30).

Stellungnahme der/des unmittelbaren Vorgesetzten:

(Amtsbezeichnung)

(Name)

- ☐ ohne Einwendungen
- ☐ Einwendungen, Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., den

(Ort) (Datum)

.....

(Unterschrift der/des Vorgesetzten)

Gemäß Art. 61 Abs. 1 Satz 1 LlbG eröffnet erhalten:

....., den

(Ort) (Datum)

.....

(Unterschrift der beurteilten Beamtin/des beurteilten Beamten)
