

Beurteilende Dienststelle

PA-Nr.

Beurteilungsjahr

--	--	--

### Probezeitbeurteilung

Beurteilungsbeitrag<sup>1)</sup>

für

Dienst-/Amtsbezeichnung	Vor- und Zuname
geboren am	Ablauf der Probezeit am <input style="width: 40px;" type="text"/> Ablauf der abgekürzten Probezeit am <input style="width: 40px;" type="text"/> Ablauf der verlängerten Probezeit am <input style="width: 40px;" type="text"/>
Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung:	

**Beurteilungszeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

**1. Tätigkeitsgebiet und Aufgaben im Beurteilungszeitraum**

von _____ bis _____ davon teilzeitbeschäftigt von _____ bis _____ (Arbeitszeitanteil)	Dienststelle	Art der Tätigkeit Beschreibung des Aufgabengebiets

<sup>1)</sup> Bei Bedarf ankreuzen

2. **Beurteilung** (Gesamtwürdigung – Eignung [auch gesundheitliche Eignung], Befähigung, Leistung)

3. **Abschließende Bewertung** (Nicht bei Beurteilungsbeitrag)

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

- geeignet.  
 noch nicht geeignet.  
 nicht geeignet.

4. **Leistungsfeststellung**

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

- ja  nein<sup>1)</sup>

**Dienstvorgesetzte/r**

Dienststelle, Amtsbezeichnung, Vor- und Zuname

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

---

---

---

---

Unterschrift des/der Dienstvorgesetzten

---

---

---

---

---

---

**Stellungnahme des/der unmittelbaren Vorgesetzten:**

Amtsbezeichnung, Vor- und Zuname

---

---

---

---

---

- Ohne Einwendungen  
 Einwendungen, Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt)

Ort, Datum

---

---

---

---

---

Unterschrift des/der Vorgesetzten

---

---

---

---

---

<sup>1)</sup> 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 4 der VV-Beamtr bzw. Nr. 30.3 der BayVwBes).

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

Ort, Datum

---

---

Unterschrift des/der beurteilten Beamten/Beamtin

---

---

---

**Einverstanden/Geändert**

(Art. 60 Abs. 2 LlbG)

Ort, Datum, Dienststelle, Unterschrift

---

---

---

---

**Gemäß Art. 61 Abs. 1 Satz 5 LlbG nochmals eröffnet erhalten:**

Ort, Datum

---

---

Unterschrift des/der beurteilten Beamten/Beamtin

---

---