**Beauftragung Dritter zur Durchführung**

 **von Berufsorientierungsmaßnahmen nach § 48 SGB im Landkreis Osnabrück 2023-2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben der Schule** | **Angaben zum beauftragten Bildungsträgers** |
| **Name:**  | **Name:** |
| **Schulform:**  | **Straße:** |
| **Straße:**  | **PLZ/Ort:** |
| **PLZ/Ort:** | **Ansprechpartner:**  |
| **Ansprechpartner:** | **Telefon:**  |
| **Telefon:** | **Titel der Maßnahme:** |

1. **Planung** (unter Beachtung der Förderhöchstgrenzen)

Förderhöchstgrenzen:

Geplante TN-Zahl: Tatsächliche TN-Zahl = Prozentuale Förderung

Beispiel:

TN Soll (100%): 75 - 100% TN (Ist) = 100% Förderung;

TN Soll (100%): 50 - 74% TN (Ist) = 80% Förderung;TN Soll (100%):

unter 50% TN (Ist) = keine Förderung.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klasse/****Jahrgang** | **MaßnahmetiteI,** **Inhalt (Stichpunkt)** | **Beginn** | **Ende** | **Anzahl Teilnehmende** | **Anzahl****Stunden** | **Kosten** **pro Teilnehmenden** | **Kosten pro Stunde** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ort der Durchführung:**  |

**Vorrangprüfung Angebote der Koordinierungsstelle Berufsorientierung:**

Projekte, die über die Koordinierungsstelle Berufsorientierung (KoBo) gefördert werden können, werden nicht über die Gelder zur vertieften Berufsorientierung des Landkreises Osnabrück gefördert.

[x]  **Wir bestätigen, dass das Projekt zusätzlich zum curricularen Lehrplan durchgeführt wird und es keine weitere dritte Stelle gibt, die dieses**

 **Vorhaben finanziell unterstützt. Eine Abstimmung mit der Berufsberatung ist erfolgt.**

[ ]  **Wir erklären, dass für die Teilnehmer/innen dieser Maßnahme keine inhaltlich ähnliche Maßnahme an anderer Stelle beantragt wurde. Eine**

 **Doppelförderung wird hiermit ausgeschlossen.**

[ ]  **Es wurde geprüft, dass die Koordinierungsstelle Berufsorientierung keine inhaltsgleiche bzw. inhaltsähnliche Maßnahme anbietet.**

[ ]  **Wir bestätigen, dass bei der Durchführung von Berufsorientierungsmaßnahmen außerhalb des Schulgeländes mindestens eine**

 **Aufsichtsperson zur Beaufsichtigung der Schülerinnen und Schüler während der gesamten Durchführungszeit bereitgestellt wird.**

|  |
| --- |
| **Begründung: Warum haben Sie sich für diesen Träger entschieden?** |

Stempel

Ort, Datum Unterschrift der Schulleitung