

Antrag auf Gewährung von Leistungsbezügen



- ☐ Antrag auf Gewährung besonderer Leistungsbezüge
- ☐ Antrag auf Gewährung von Funktions-Leistungsbezügen

Nachname, Vorname	beschäftigt seit
School/zentrale Einrichtung	
Professur	

☐ **Erstmalige Gewährung besonderer Leistungsbezüge**

Hinweis:

Bei Associate Professuren erfolgt eine Entscheidung über besondere Leistungen durch die Evaluierung anlässlich des Karriereaufstiegs zum Full Professor und nicht im Rahmen des Vergabeverfahrens über besondere Leistungsbezüge (vgl. Statut zum TUM Berufungs- und Karrieresystem).

☐ **Wiederholte Gewährung besonderer Leistungsbezüge**

Anzahl der bereits bei der Berufung, bei Bleibe-Verhandlungen oder bei der letzten Leistungsbezügerunde gewährten Leistungsstufen

Ich beantrage

- ☐ eine Stufe à 300 €
- ☐ zwei Stufen à 300 €
- ☐ drei Stufen à 300 €
- ☐ vier Stufen à 300 €
- ☐ fünf Stufen à 300 €
- ☐ eine Einmalzahlung in Höhe von _____ € (Definition der Stufen siehe Vergabegrundsätze)

für folgenden Leistungsbereich:

☐ **Forschung**

Für die im Selbstbericht aufgeführten im Hauptamt eingeworbenen Drittmittelprojekte habe ich **keine** Forschungs- oder Lehrzulage erhalten bzw. werde ich **keine** beantragen.

☐ Ich habe in den letzten fünf Jahren (eine) Forschungszulage/n in Höhe von insgesamt _____ € bezogen.

☐ **Lehre**

☐ Ich erhalte aktuell eine Lehrdeputatsreduzierung i.H.v. _____ Semesterwochenstunde/n, befristet bis _____.

☐ **Kunst**

☐ **Weiterbildung**

☐ Ich besitze aktuell eine Nebenamtsübertragung im Bereich der Weiterbildung, derzeit befristet bis _____.

☐ **Nachwuchsförderung**

Mein Selbstbericht (Formular) ist beigelegt.

☐ **Gewährung von Funktions-Leistungsbezügen**

Es sind nur folgende Funktionen leistungsbezügeberechtigt: Dekan/in, Prodekan/in Studium und Lehre, Prodekan/in Forschung und Innovation, Prodekan/in Talent Management and Diversity, Prodekan/in Informationsmanagement, Leiter/in einer Zentralen Einrichtung, Vizepräsident/in, Senatsvorsitz.

Ich beantrage Leistungsbezüge für folgende Funktion:

Funktion	Zeitraum der Funktionswahrnehmung (von – bis) ¹

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

Stellungnahme der Dekanin/des Dekans und ggf. der Ärztlichen Direktorin/des Ärztlichen Direktors (bei Professoren in klinischen Einrichtungen zusätzlich erforderlich) **unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsbilanz im schoolinternen Vergleich (nur bei besonderen Leistungsbezügen):**

(ggf. Beiblatt verwenden)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Dekan/in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ärztliche Direktorin/Ärztlicher Direktor

¹ genaue Daten erforderlich (Tag, Monat, Jahr)