



An  
Dekan/-in der Fakultät für Soziale Arbeit  
Studierendenvertreter der Fakultät für  
Soziale Arbeit

## Antrag auf Verwendung von Studienzuschussmitteln

### Antragsteller/-in

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner/-in

Name: \_\_\_\_\_  
Tel.Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Maßnahme:**

**Betrag:**

**Begründung:**

### Anlagen:

- Teilnehmerliste
- Kostenaufstellung
- Dienstreisekostenantrag
- 

Eichstätt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Antragsteller/-in)

**Lfd. Nr.:** I-\_\_\_\_-FSA-01 (vom Dekanat auszufüllen)

- bewilligt**
- abgelehnt**; Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eichstätt, den \_\_\_\_\_

Eichstätt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Dekan/-in)

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Studierendenvertreter/-in)