KATHOLISCHE UNIVERSITÄT EICHSTÄTT-INGOLSTADT

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)

Budgetstelle: B990001000, Kostenträger: B990001052

- ☐ **bewilligt**
- ☐ **abgelehnt**; Begründung: _____
  _____

Eichstätt, den _____ Eichstätt, den _____

Unterschrift: _____ Unterschrift: _____
(Dekan/-in) (Studierendenvertreter/-in)