

# Antrag auf Aus-/Fortbildungs-Supervision/Coaching

Antragsnummer (wird vom Fachbereich vergeben): .....

## An das Ressort Grundsatzfragen und Strategie

Hauptabteilung Strategie- und Organisationsentwicklung  
 Fachbereich Supervision – Mediation – Coaching 1.1.3.3  
 Postfach 330 360  
 80063 München

E-Mail: supervision@eomuc.de  
 Telefon: 0 89 / 21 37 - 24 27  
 Fax: 0 89 / 21 37 - 27 24 27

Name: ..... Telefon: .....

Straße: ..... E-Mail (dienstlich): .....

PLZ, Ort: ..... Beruf: .....

Dienststelle: .....

Letzter genehmigter Supervisionsprozess (Datum): .....

**Wir / ich beantrage/n** im Rahmen der geltenden Regelung eine  Gruppensupervision  Einzelsupervision  
 innerhalb  der diözesanen Ausbildung  der Berufseinführung  einer Fortbildung  
 (Bestätigung siehe folgende Seite) im Rahmen der geltenden Regelung.

ab dem ..... (Datum) Zahl der Sitzungen: .....

bei Supervisor/-in: .....

Bei Supervisoren/innen, die nicht auf der Liste der von der Erzdiözese anerkannten Supervisoren/innen stehen, ist mit dem Antrag der Nachweis über die DGSv-Mitgliedschaft bzw. **das Zertifikat der Supervisionsausbildung** mit der Anzahl der Unterrichtsstunden und ein **verbindliches Kostenangebot** vorzulegen.

**Der/die Dienstvorgesetzte ist über diesen Antrag in einem Gespräch informiert worden:**  Ja  Nein  
 Die Information der/des Dienstvorgesetzten ist Voraussetzung für die Genehmigung.

Teilnehmer/-innen der Gruppensupervision:  
 .....  
 .....

.....  
**Ort, Datum** **Name**

Die beantragte  Gruppensupervision  Einzelsupervision

entspricht den geltenden Richtlinien und es werden ..... Sitzungen mit ..... % bezuschusst.

München, den .....

Unterschrift Fachbereichsleiter/in Supervision – Coaching – Mediation

# Antrag auf **Aus-/Fortbildungs-Supervision/Coaching**

---

Antragsnummer (wird vom Fachbereich vergeben): .....

## Bestätigung

---

Beiliegender Supervisionsantrag

von (Name/n) .....

ist Teil

der diözesanen **Ausbildung**

der diözesanen **Berufseinführung**

folgender diözesanen **Fortbildung**:

.....

Die Fortbildung beginnt am ..... und endet am .....

Zur Fortbildung gehören ..... Sitzungen (maximal 10).

Bestätigt durch:

Name: .....

Funktion: .....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Name**

---

### Die Rechnung geht an:

Erzdiözese München und Freising KdöR, FB 1.1.3.3 – Kostenstelle 1011 3300, Postfach 31 04 26, 80104 München

den Supervisanden/die Supervisandin/innen

---