



KORPORATION
BAAR - DORF

Gesuch um Auszahlung eines Anerkennungsbeitrages

(gemäss Verordnung über Anerkennungsbeiträge für Aus- und Weiterbildung)

Persönliche Daten	
Name u. Vorname	_____
Wohnadresse	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail	_____
Geburtsdatum	_____ Zivilstand _____
Kontoverbindung	_____

Erstausbildung	
Beruf oder besuchte Schule: _____	<input type="checkbox"/> Attestausbildung <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Berufslehre mit Berufsmatur <input type="checkbox"/> Handels-/Fachmittelschule <input type="checkbox"/> Matura

Weiterführende Ausbildung	
Besuchte Schule: _____	
Abschluss auf Hochschul- respektive Universitätsniveau: <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Zusatzausbildung, basierend auf einem oben genannten Abschluss (z.B. Doktorat)	Abschluss einer eidgenössischen oder durch den entspre- chenden Berufsverband anerkannte, weiterführende Ausbildung <input type="checkbox"/> > 60 Lektionen Präsenzzeit (kein Beitrag) <input type="checkbox"/> ab 60 Lektionen <input type="checkbox"/> ab 300 Lektionen <input type="checkbox"/> ab 700 Lektionen <input type="checkbox"/> ab 100 Lektionen <input type="checkbox"/> ab 500 Lektionen <input type="checkbox"/> ab 900 Lektionen
Bezeichnung Ausbildung, Diplom: _____	
Ausbildungsdauer: _____ Beginn: _____ Ende: _____	

Angaben zur Nutzungsberechtigung	
Gesuchsteller/in ist selber nutzungsberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾
¹⁾ Vater/Mutter des Gesuchstellers ist nutzungsberechtigt:	
Name/Vorname Vater/Mutter	_____
Adresse Vater/Mutter	_____

→ Der Anspruch auf einen Beitrag verfällt 1 Jahr nach Abschluss der Ausbildung.
→ Bitte vorgängig einen Termin mit der Korporationsschreiberin (Tel. 041 766 09 66) vereinbaren und die entsprechenden Unterlagen (ausgefülltes Gesuch, Zeugnis, Diplom etc.) mitbringen.
→ Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dieses Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____