

Zeit-Maßnahme-Plan

(Selbsteinschätzung)

Antragstellende Institution

Projekt / Projektname

Berichtszeitraum

| lfd. Nr. | Zeiträume | Maßnahme(n) | Priorität a) hoch b) niedrig | Beteiligung der Partnerorganisation bzw. der Zielgruppe | Status a) offen: (-) b) abgeschl. (+) | Verantwortlich | Anlagen a) ja: (+) b) nein: (-) |
|----------|-----------|-------------|------------------------------------|---|---|----------------|---------------------------------------|
| 1 | | | | | | Herr/Frau | |
| 2 | | | | | | Herr/Frau | |
| 3 | | | | | | Herr/Frau | |
| 4 | | | | | | Herr/Frau | |
| 5 | | | | | | Herr/Frau | |
| 6 | | | | | | Herr/Frau | |
| 7 | | | | | | Herr/Frau | |
| 8 | | | | | | Herr/Frau | |
| 9 | | | | | | Herr/Frau | |
| 10 | | | | | | Herr/Frau | |
| 11 | | | | | | Herr/Frau | |
| 12 | | | | | | Herr/Frau | |

weitere Bemerkungen

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort/Datum

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel