|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Auftrag für einen Einsatz als Schlüsselperson**

**Auftraggeberin / Auftraggeber**

Institution 

Ansprechperson: Vorname, Name 

Strasse 

PLZ / Ort 

E-Mail 

Telefon 

**Gewünschte Schlüsselperson**

[ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  egal

Sprache, Herkunftsland 

**Adressatin / Adressat**

[ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  Familie

Sprache, Herkunftsland 

**Ausgangslage** *(kurze Darstellung der Situation und weshalb eine Schlüsselperson zum Einsatz kommen soll)*



**Ziele** *(Erwartungen an Gesprächsverlauf etc.)*



**Zeitrahmen des Einsatzes** *(voraussichtliche Dauer des Einsatzes, wiederkehrend oder einmalig; Datum / Zeit)*



**Bemerkungen**

*(Falls weitere unterstützende Personen / Institutionen involviert sind und bekannt gegeben werden dürfen, bitte hier angeben.)*



Das Formular senden an: maria.matter@moosseedorf.ch

Bei Fragen melden Sie sich unter: 079 190 61 09

*Nachfolgende Felder werden durch den Projektleiterin Schlüsselpersonen Integration ausgefüllt!*

**Datum Auftragseingang **

**Auftrag erteilt an**

Vorname, Name 

Strasse 

PLZ / Ort 

E-Mail 

Telefon 

Ort, Datum 

Unterschrift 