Bitte senden an:

Universität Passau

Referat Gleichstellung

Innstraße 39

94032 Passau

|  |
| --- |
| **Antrag auf Nutzung des Eltern-Kind-Raums im Gebäude der Zentralbibliothek** |
|  |
| **1. Persönliche Angaben**  |
| Name, Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Adresse |       |
| E-Mail |       |
| Telefon |       |
| Name, Geburtsdatum des Kindes/der Kinder |                 |
| **2. Begründung** |
|                 |
| **3. Gewünschte Nutzungsdauer** |
| vom        | bis       |
| Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Benutzungsordnung für den Eltern-Kind-Raum an der Universität Passau an. |
|      ,       |  |
| Ort, Datum, Unterschrift  |  |

|  |
| --- |
| **Vom Referat Gleichstellung auszufüllen** |
| Die Nutzung des Eltern-Kind-Raums wird | [ ]  genehmigt [ ]  nicht genehmigt |
|  | Zeitraum: |
| Datum, Unterschrift, Stempel |