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 | |