

Beurteilende Dienststelle

..... PA-Nr.: .....

---

## Probezeitbeurteilung

für .....  
(Amtsbezeichnung) (Vor- und Zuname)

geb. am: .....

Ablauf der – verkürzten – verlängerten<sup>1</sup> – Probezeit: .....

Schwerbehinderung (§ 2 Abs. 2 SGB IX) oder Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)  nein  ja,  
Grad der Behinderung: .....

Beurteilungszeitraum vom ..... bis .....

Fachlaufbahn: .....; fachlicher Schwerpunkt (soweit gebildet): .....

### 1. Tätigkeitsgebiet und Aufgaben in der Probezeit

Dauer von ... bis ... (teilzeitbeschäftigt von ... bis ... / Arbeitsanteil)	Dienststelle	Art der Tätigkeit Beschreibung des Aufgabengebiets

### 2. Beurteilung (Gesamtwürdigung – Eignung [auch gesundheitliche Eignung], Befähigung, Leistung) – verbale Beschreibung –:

---

<sup>1</sup> Nichtzutreffendes streichen.





**Gemäß Art. 61 Abs. 1 Satz 5 LlbG nochmals eröffnet erhalten:**

....., den .....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift der beurteilten Beamtin, Unterschrift des beurteilten Beamten)

---