

Dienststelle

PA-Nr.: .....

## Einschätzung während der Probezeit

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

geb. am: .....

Schwerbehinderung/Gleichstellung ☐ nein ☐ ja, Grad der Behinderung: .....

Beurteilungszeitraum vom ..... bis ..... ; Besoldungsgruppe: .....

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

### 1. Tätigkeitsgebiet und Aufgaben in der bisherigen Probezeit

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

### 2. Gesamtwürdigung (von Eignung – auch gesundheitliche Eignung –, Befähigung und Leistung) – verbale Beschreibung:

(Sofern eine Verkürzung der Probezeit bei erheblich über dem Durchschnitt liegenden Leistungen gem. Art. 36 Abs. 1, Art. 53 Satz 1 LlbG in Betracht kommt, ist dies hier festzustellen. Sofern dagegen Leistungsmängel bestehen, sollen diese, ihre Ursachen und Möglichkeiten der Abhilfe dargestellt werden.)

### 3. Bewertung

**Der Beamte/die Beamtin ist für die Aufgaben der Fachlaufbahn ..... und, soweit gebildet, des fachlichen Schwerpunktes ..... und für die Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit**

- ☐ voraussichtlich geeignet.  
☐ voraussichtlich noch nicht geeignet.  
☐ voraussichtlich nicht geeignet.

### 4. Sofern für den Vollzug des Art. 30 Abs. 3 Satz 1 BayBesG erforderlich:

**Die Mindestanforderungen im Sinn des Art. 30 Abs. 3 Satz 1 BayBesG werden erfüllt.<sup>1</sup>**

- ☐ ja      ☐ nein<sup>2</sup>

..... (Dienststelle)	<b>Dienstvorgesetzte(r)</b>	..... (Amtsbezeichnung)	..... (Vor- und Zuname)
....., den (Ort)	..... (Datum)	..... (Unterschrift des/der Dienstvorgesetzten)	

---

<sup>1</sup> Gegenstand der Leistungsfeststellung sind gemäß Art. 62 Abs. 1 Satz 3 LlbG die Kriterien der fachlichen Leistung (Nr. 2.1 des Beurteilungsmusters in Anlage 1).  
<sup>2</sup> Falls die an das Amt gestellten Mindestanforderungen nicht erfüllt werden, ist dies in einer gesonderten Mitteilung schriftlich zu begründen. In der Mitteilung ist auch der Zeitpunkt anzugeben, ab dem der Stufenstopp wirkt (vgl. dazu Abschnitt 5 der VV-BeamtR bzw. Nr. 30.3 der BayVwVBes zu Art. 30).

---

**Stellungnahme des/der unmittelbaren Vorgesetzten:**

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

- ☐ ohne Einwendungen
- ☐ Einwendungen, Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., den .....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift des/der Vorgesetzten)

---

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

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

---

**Einverstanden / geändert  
(Art. 60 Abs. 2 LlbG):**

....., den .....  
(Ort) (Datum) (Dienststelle) (Unterschrift)

---

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

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

---