

Zeit-Maßnahme-Plan

(Selbsteinschätzung)

Antragstellende Institution

Projekt / Projektname

Berichtszeitraum

lfd. Nr.	Zeiträume	Maßnahme(n)	Priorität a) hoch b) niedrig	Beteiligung der Partnerorganisation bzw. der Zielgruppe	Status a) offen: (-) b) abgeschl. (+)	Verantwortlich	Anlagen a) ja: (+) b) nein: (-)
1						Herr/Frau	
2						Herr/Frau	
3						Herr/Frau	
4						Herr/Frau	
5						Herr/Frau	
6						Herr/Frau	
7						Herr/Frau	
8						Herr/Frau	
9						Herr/Frau	
10						Herr/Frau	
11						Herr/Frau	
12						Herr/Frau	

weitere Bemerkungen

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort/Datum

rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel