Vereinbarung zur Teamertätigkeit

zwischen der Universität Paderborn, vertreten durch Dr. Yvonne Koch, Leiterin der
Zentralen Studienberatung und Mitglied der Steuerungsgruppe „Start ins Studium“,
Warburger Str. 100, 33098 Paderborn, und

|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herrn (Vorname, Name): |  |
| wohnhaft in (Straße, Ort): |  |
| E-Mail: |  |

wird zum Einsatz als Teamer/-in im Rahmen der Orientierungsphase „Start ins Studium“ (O-Phase) im Wintersemester 2018/19 Folgendes vereinbart:

* Es erfolgt eine Betreuung von Erstsemestern in folgendem Bachelorstudiengang:

#  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Die Betreuung der Erstsemester sowie die Vor- und Nachbereitung wird in der Zeit kurz vor und zu Beginn der Vorlesungszeit des Wintersemesters 2018/19 geleistet. Sie darf nur in der vorlesungsfreien Zeit sechs Stunden pro Woche überschreiten. Die Leistungen im Einzelnen sind:
* Verpflichtende Teilnahme an einer Einweisung zur O-Phase (u.a. Vermittlung der Zielstellung, organisatorische, fachliche Abstimmungen/Einweisung, ggf. Abstimmung mit den für die Facheinführung verantwortlichen Lehrenden, PAUL-Schulung),
* inhaltliche und methodische Vorbereitung der eigenen Kleingruppenbetreuung,
* Betreuung einer Kleingruppe in der O-Phase (im Zeitraum 01.10. - 05.10.18) unter Berücksichtigung der Hinweise im Handbuch zur O-Phase (liegt den Fachschaften vor),
* Rückmeldung über den Ablauf der Kleingruppenarbeit und Unterstützung der Evaluation von „Start ins Studium“ (Teamerfragebogen ausfüllen, Erstsemester auf die Online-Befragung hinweisen).
* Abgabe dieser Vereinbarung und des Teamerfragebogens bis spätestens 22.10.18 bei der jeweiligen Fachschaft
* Es wird eine steuer- und sozialversicherungsfreie Aufwandsentschädigung in Höhe von \_\_\_\_ Eurobezahlt. Bei vorzeitiger Beendigung der Betreuungsaufgabe vermindert sich der o.g. Betrag anteilig. Der Teamer/die Teamerin versichert durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung, dass er/sie die Steuervergünstigung für den o.g. Betrag bei keiner anderen Einrichtung in Anspruch nimmt. Die Aufwandsentschädigung soll auf folgendes Konto überweisen werden:

|  |  |
| --- | --- |
| Name Kontoinhaber/in: |  |
| IBAN: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Dr. Koch Datum, Unterschrift Teamer/-in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Achtung - bitte auch ausfüllen:** Ich möchte eine Bestätigung für die Tätigkeit als Teamer/in (wird zugeschickt) | [ ]  ja | [ ]  nein |