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 Sommersemester 2018 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 SS2018 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) sowie Teilnahme an einer PAUL-Schulung,
* inhaltliche und methodische Vorbereitung der eigenen Kleingruppenbetreuung,
* Betreuung einer Kleingruppe in der O-Phase (im Zeitraum 03.04.-06.04.18) unter Berücksichtigung der Hinweise im Teamerleitfaden (www.upb.de/zsb/teamerinnen),
* 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 25.04.18 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 |