



Universität Regensburg

**Persönliche Angaben**  
Mitteilung von Änderungen

Über die  
Fakultätsverwaltung / Leitung d. Zentr. Einricht.

an die  
Universität Regensburg  
Abteilung III - Personal  
93040 Regensburg

Anlage/n:

- ☐ Heiratsurkunde
- ☐ Lebenspartnerschaftsurkunde
- ☐ OFZ-Erklärung
- ☐ Erklärung Hauptwohnsitz
- ☐ Schwerbehindertenausweis
- ☐

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Familienname

\_\_\_\_\_  
Lehrstuhl / Referat / Abteilung

\_\_\_\_\_  
BesGr. / EntgGr.

<input type="checkbox"/>	<b>Änderung der Wohnanschrift (Adressänderung)</b> Umzug am: _____	bisher: _____ neu: _____ Als <u>Beamtin bzw. Beamter</u> bitte zusätzlich die „Erklärung Hauptwohnsitz“ (X_Z902) ausfüllen und direkt ans Landesamt für Finanzen senden. Diese finden Sie unter: <a href="https://www.lff.bayern.de/formulare/formularsuche/allgemeine-formulare-bezuege/">https://www.lff.bayern.de/formulare/formularsuche/allgemeine-formulare-bezuege/</a>
<input type="checkbox"/>	<b>Eheschließung / Begründung einer Lebenspartnerschaft</b> am: _____ (Bitte Nachweis beifügen.)	Als <u>Beamtin bzw. Beamter</u> bitte zusätzlich die OFZ-Erklärung beilegen oder mit einem Nachweis direkt an Ihr zuständiges Landesamt für Finanzen schicken. Die Kontaktdaten finden Sie auf Ihrer Bezugsmittelteilung auf Seite 1 rechts oben. Formblätter / Infos: <a href="https://www.lff.bayern.de/formulare/formularsuche/besoldung/">https://www.lff.bayern.de/formulare/formularsuche/besoldung/</a> .
<input type="checkbox"/>	<b>Namensänderung</b> ab: _____	bisher: _____ neu: _____ Grund der Änderung (Bitte Nachweis beifügen):
<input type="checkbox"/>	<b>Änderung der Staatsangehörigkeit</b> ab: _____	bisher: _____ neu: _____ Grund der Änderung (Bitte Nachweis beifügen):
<input type="checkbox"/>	<b>Änderung der Bankverbindung</b>	Bitte teilen Sie diese Änderung direkt Ihrem zuständigen Landesamt für Finanzen mit. Die Kontaktdaten finden Sie auf Ihrer Bezugsmittelteilung auf Seite 1 rechts oben. Formblätter / Infos: <a href="https://www.lff.bayern.de/formulare/formularsuche/">https://www.lff.bayern.de/formulare/formularsuche/</a> .
<input type="checkbox"/>	<b>Änderung der Krankenversicherung</b> ab: _____	bisher: _____ neu: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Schwerbehinderung</b> (Bitte Nachweis beifügen.)	<input type="checkbox"/> Anerkennung <input type="checkbox"/> Aberkennung <input type="checkbox"/> Änderung des Grads der Behinderung

Falls sich die angegebenen Verhältnisse ändern, werde ich die Dienststelle unverzüglich benachrichtigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters

Vermerke der Personalabteilung

II. ☐ In der EDV geändert. ☐ Mitteilung / Weiterleitung ans LfF ist erfolgt. ☐ Mitteilung an sonstige:  
III. z.PA.

Datum:

Unterschrift/Handzeichen SB: