

Absender

An den
Geschäftsbereich 4 – Personal & Organisation
Personalmanagement

z. H. _____ AZ: _____

im Hause

Antrag auf Änderung der wöchentlichen Arbeitszeit

Titel, Name, Vorname:	Einsatzbereich:	
Geburtsdatum:		
Wöchentliche Arbeitszeit:	Telefonnummer:	
Änderung ab:	Befristung bis:	
gewünschte neue Wochenarbeitszeit <input type="checkbox"/> Vollbeschäftigte/r <input type="checkbox"/> als Nichtvollbeschäftigte/r mit der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit <input type="checkbox"/> _____ Stunden wöchentlich	Finanzierung erfolgt aus: <input type="checkbox"/> Klinikbudget <input type="checkbox"/> Drittmittelkonto : _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges : _____	
ggf. Befristungsgrund (bitte bei befristeter Arbeitszeitänderung immer angeben!): <input type="checkbox"/> eigener Wunsch <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe (z.B. Altersteilzeit) _____ _____		<input type="checkbox"/> Vertretung Elternzeit/Sonderurlaub/Krankheit für Frau/Herrn _____ _____
ggf. Arbeitszeit nach Befristungsende: <input type="checkbox"/> Vollbeschäftigte/r <input type="checkbox"/> als Nichtvollbeschäftigte/r mit der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit <input type="checkbox"/> _____ Stunden wöchentlich	Finanzierung erfolgt aus: <input type="checkbox"/> Klinikbudget <input type="checkbox"/> Drittmittelkonto : _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges : _____	

Datum:

Unterschrift Mitarbeiter/in

Unterschrift Vorgesetzte/r