

Name: _____
Adresse: _____

Fakultät/ Einr./ Dez.: _____
Telefon _____

Über den Dienstweg
an
Kanzler der Universität Bielefeld
Dezernat P/O

Antrag auf Arbeitszeitreduzierung

Hiermit beantrage ich gem. § 11 TV-L meine vertraglich festgelegte Arbeitszeit zu reduzieren

Grund:

- Betreuung mindestens eines Kindes unter 18 Jahren
- Pflege eines nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen
- sonstige Gründe: _____ (inhaltliche Erläuterung freiwillig)

Zeitraum: vom _____ bis _____

Umfang der Arbeitszeitreduzierung: auf _____ Prozent oder auf _____ Wochenstunden
Hinweis: Vollzeitbeschäftigung bedeutet 39,83 Wochenstunden

Die Arbeitszeit verteilt sich auf: 5-Tage-Woche (Mo - Fr)

alternativ: _____ -Tage-Woche: Mo Di Mi Do Fr
– gleichmäßige Stundenverteilung oder alternative

Verteilung der Stunden auf die Tage: Mo Di Mi Do Fr

Hinweis:

Bitte lassen Sie die rückseitig stehende Bestätigung **über den Dienstweg** von der beschäftigenden Einrichtung ausfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift Beschäftigte*r

Ort, Datum

Sichtvermerk der vorgesetzten Person

Bestätigung der beschäftigenden Einrichtung

- Es bestehen keinerlei Bedenken
- Es bestehen dienstliche Bedenken
- generell zum o.g. Zeitpunkt

Aus folgenden Gründen:

Ort, Datum

Unterschrift Fak./Einr./Dez.