

Fak./WE/Abt./Projektleitung (Stempel der Besch.stelle)

Antrag auf Änderung der Arbeitszeit einer studentischen Hilfskraft

Berlin, den

☎

An den
Präsidenten der TUB

Hinweis: aus Datenschutzgründen darf der ausgefüllte
Vordruck nicht mittels EDV (z.B. E-Mail) versandt werden

II T _____

über FSC _____

über

III PW (falls zentrale Mittel) V C / V E
(falls Drittmittel)

<p>Ist die / der Beschäftigte schwerbehindert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Falls ja, bestehen Einwände der Schwerbehindertenvertretung (Begründung ggf. s. gesondertes Blatt): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Mit dieser Arbeitszeitänderung bin ich</p> <p><input type="checkbox"/> einverstanden <input type="checkbox"/> <i>nicht</i> einverstanden; Begründung s. gesondertes Blatt</p>
<p>Datum / Unterschrift Schwerbehindertenvertretung</p>	<p>Datum / Unterschrift der Frauenbeauftragten</p>

Bitte ändern Sie die **Arbeitszeit** für folgendes **Beschäftigungsverhältnis:**

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

als stud. Hilfskraft mit Unterrichtsaufgaben (Tutor*in)
 ohne Unterrichtsaufgaben
 ohne Unterrichtsaufgaben (Drittmittel)

auf Monatsstunden ab dem bis zum

Organisatorische Zuordnung (bitte unbedingt die 8-stellige
Kennziffer angeben)

--	--	--	--	--	--	--	--

Organisationsmanagement:

SAP-Planstellennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--


Stellenzeichen/Sekretariatskennzeichen:

Das Beschäftigungsverhältnis wird finanziert über:

Freigabe Fakultät / III PW	Freigabe V C:
Fonds:	PSP-Element:
Kostenstelle:	Forschungsprojekt:
Stellen-Nr.(EDV-Nr.):	

..... Unterschrift stud. Hilfskraft
Hinweis: Die Unterschrift der stud. Hilfskraft auf dem Antrag ersetzt nicht den Abschluss eines Änderungsvertrages	Unterschrift Antragsteller*in

Bemerkungen

TUB / P	Datum.....	Personalrat der Studentischen Beschäftigten
II T		
U.R.		
Personalrat m.d.B. um Mitbestimmung bei Arbeitszeiterhöhung		
Im Auftrag		