

ANTRAG

Verkürzte Vollzeit

NAME: _____

ABTEILUNG: _____

Hiermit beantrage ich die Verkürzung meiner wöchentlichen Arbeitszeit auf Grundlage der manteltarifvertraglichen Regelungen zur verkürzten Vollzeit:

Gewünschter Beginn (Datum):

(Der Beginn der verkürzten Vollzeit muss auf dem ersten Kalendertag eines Kalendervierteljahres liegen)

Umfang der Absenkung (in Stunden wöchentlicher Arbeitszeit):

(Die Verkürzung hat jeweils volle Stunden zu betragen. Ergänzend ist eine Verkürzung um einen halben Tag möglich, bei einem 7-Stunden-Tag 3,5 Stunden)

Laufzeit der verkürzten Vollzeit (in Monaten):

(Der Anspruch besteht auf eine Laufzeit von mindestens sechs und höchstens 24 ganzen Monaten)

Die Verteilung der verkürzten Arbeitszeit soll wie folgt sein:

(z. B. tägliche oder wöchentliche Reduzierung, welcher freie Tag etc.)

Ich bitte um zeitnahe Rückmeldung.

Eine Kopie des Antrages geht zur Information an den Betriebsrat.

Datum/Unterschrift