\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einrichtung

zuständig bei Rückfragen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durchwahl:       Göttingen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name)

 [x]  Zutreffendes bitte ankreuzen

**Universitätsmedizin Göttingen**

**Personalabteilung**

# G3-21

**Antrag auf Änderung der vereinbarten Arbeitszeit**

Ich bitte,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

für die Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**abweichend** von der bisherigen Vereinbarung **mit einer Arbeitszeit von durchschnittlich** **Stunden pro Monat** zu beschäftigen.

Die Hilfskraft arbeitet **in o.g. Zeitraum** an       Werktagen.

Die Vergütung soll erfolgen aus:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Planmitteln** | [ ]  | **Drittmitteln** | [ ]  | Mittel aus **Studiengebühren / Studienqualitätsmitteln** | [ ]  | Modul |
|  | Kostenstelle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Kostenstelle13\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Kostenstelle165\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 89\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (**bitte** **Kopie d. Bewilligungsbescheides beifügen**) |  |  |  |  |

............................................................................................................................................... ………………………………………………………………………………………….

Unterschrift Direktorin/Direktor/Leiterin/ Leiter der Einrichtung Unterschrift Modulkoordinator/in