



Antrag auf eine Altersteilzeitvereinbarung

MARTIN-LUTHER-
UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG
Abteilung 3 – Personal

Formular für die Personalakte der/des Beschäftigten

senden an:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Abteilung 3 – Personal

Vertrauliche Personalangelegenheit!

Beschäftigte/r

(Titel) Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Personalnummer: _____

Fakultät / Institut / Einrichtung: _____

Antrag auf Vereinbarung eines Altersteilzeitarbeitsverhältnisses nach dem Tarifvertrag zur Regelung der Altersteilzeitarbeit im Bereich der Landesverwaltung Sachsen-Anhalts (TV ATZ LSA) vom 24. Januar 2012 auf der Grundlage des Altersteilzeitgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.

Ich beantrage die Vereinbarung eines Altersteilzeitarbeitsverhältnisses ab dem _____.

Über meine rentenversicherungsrechtlichen Ansprüche habe ich mich bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehemalige/r Angestellte/r) bzw. Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (ehemalige Arbeiter/in)

- informiert.
 noch nicht informiert.

Eine Bestätigung des Rentenversicherungsträgers über den Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Rente aus der Sozialversicherung habe ich diesem Antrag

- beigelegt.
 reiche ich nach.

Ab dem _____ kann ich eine ungeminderte

- Regelaltersrente
 Altersrente für _____

in Anspruch nehmen, bzw. ich nehme eine geminderte Rente ab dem _____ mit einer Kürzung von _____% in Anspruch.

- Fortsetzung nächste Seite -

Stand: 18.01.2016

Ich möchte die Altersteilzeitarbeit im

Teilzeitmodell

Blockmodell

in Anspruch nehmen.

Bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) habe ich mich

informiert.

noch nicht informiert.

Eine Vorabrentenauskunft der VBL

liegt mir vor.

erhalte ich noch.

Das Informationsblatt für Tarifbeschäftigte wurde mir ausgehändigt und zur Kenntnis genommen. Weitere Fragen bestehen meinerseits nicht mehr.

Datum _____ Unterschrift: _____

Zustimmung durch die/den Dienstvorgesetzte/n bzw. die/den Projektleiter/in

ja

nein

Datum, Unterschrift Dienstvorgesetzte/n bzw. die/den Projektleiter/in

_____, _____

Stempel der Einrichtung

Zustimmung durch das Dekanat / die Einrichtungsleitung / die Abteilungsleitung

ja

nein

Datum, Unterschrift budgetverantwortliche/r Dekan/in, Abteilungsleiter/in bzw. Direktor/in

_____, _____

Stempel der Einrichtung