



# Antrag auf Teilzeitbeschäftigung für die Medizinische Fakultät

(außer TV LSA)

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

Formular für die Personalakte der/des Beschäftigten

*zurückzusenden an:*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Abteilung 3 – Personal  
Referat 3.7  
Kiefernweg 34

## **Beschäftigte/r**

(Titel) Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fakultät / Institut / Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ich bitte um die Reduzierung meiner Arbeitszeit für den Zeitraum

vom \_\_\_\_\_

bis zum \_\_\_\_\_

unbefristet.

Ich möchte meine durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit im o. g. Zeitraum auf wöchentlich \_\_\_\_\_ Std., dies entspricht \_\_\_\_ % einer Vollbeschäftigung reduzieren.

Der Antrag auf Verlängerung der Teilzeitbeschäftigung ist spätestens sechs Monate vor Ablauf der vereinbarten Teilzeitbeschäftigung zu stellen.

## **Begründung**

- zur Betreuung oder Pflege eines oder mehrerer Kinder unter 18 Jahren
- zur Pflege eines pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen nach ärztlichem Gutachten
- sonstige Gründe

Die Verteilung der Arbeitszeit soll wie folgt erfolgen

Stundenaufteilung:  gleichmäßig je Arbeitstag/Woche

wie folgt:

Mo: \_\_\_ h      Di: \_\_\_ h      Mi: \_\_\_ h      Do: \_\_\_ h      Fr: \_\_\_ h

### Nur für Ärztinnen/Ärzte

- Ich erkläre meine Einwilligung, dass sich für mich die maßgebliche wöchentliche Arbeitsschutzzeit nicht in demselben Verhältnis verringert, wie meine regelmäßige Arbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Arbeitszeit der Vollbeschäftigten. Dementsprechend gilt für mich die für Vollbeschäftigte maßgebliche Arbeitsschutzzeit im Durchschnitt von bis zu einem Jahr.

**oder**

- Ich erkläre meine Einwilligung in die ausgleichsfreie Verlängerung der werktäglichen Arbeitszeit durch Bereitschaftsdienst auf über 8 Stunden pro Werktag bzw. über 48 Stunden pro Woche mit der Maßgabe, dass sich für mich die maßgebliche Arbeitsschutzzeit für Vollbeschäftigte im Durchschnitt von bis zu einem Jahr in demselben Verhältnis wie meine regelmäßige Arbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Arbeitszeit der Vollbeschäftigten verringert.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

### ***Zustimmung durch die/den Dienstvorgesetzte/n***

Dem Antrag stehen dienstliche Belange

- entgegen (schriftliche Begründung ist beizufügen).
- nicht entgegen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Dienstvorgesetzte/r: \_\_\_\_\_