

Antragstellung durch (ggf. Stempel)		
Fak / WE / Projektleitung / Abteilung		
Sekr.:	Tel.:	Fax:
E-Mail:		

Änderung der Lage der Wochenarbeitstage (nur Teilzeitbeschäftigte)

Berlin, den

An den Präsidenten der TUB

über FSC ___ bzw. Leitung der Beschäftigungsstelle _____

an II T _____ (bitte zuständiges Personalteam eintragen)

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Bisher:

Anzahl der Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Änderung:

ab | | | | | | | | | |

Anzahl der Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Bitte beachten:

- 1) Wochentage bitte nur ankreuzen (keine Stundenangaben)
- 2) beinhaltet keine Änderung des Umfangs der Teilzeitbeschäftigung

Datum Unterschrift der/des Beschäftigten

Datum Unterschrift der/des Vorgesetzten