Antrag auf Stundenreduzierung SHK/WHB

An das Personaldezernat
Sachgebiet 4.3

auf dem Dienstweg

Hilfskraft:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
E-Mail	
Fakultät/Zentrale Einrichtung	

Bearbeiter/in:

Name, Vorname	
Telefon	
E-Mail	
ggf.cc	
Fachvorgesetzte/r (verantwortlicher Wissenschaftler/in)	
SB SG 2.3	

Angaben zur Beschäftigung:

bisheriger Beschäftigungsumfang		Std./Wo.
neuer Beschäftigungsumfang		Std./Wo.
Änderung des Beschäftigungsumfangs soll erfolgen ab		

AO-Nr.:

Nur von der Verwaltung auszufüllen

Erklärung der Hilfskraft:
Ich beantrage die o.g. Änderung meiner Wochenarbeitszeit. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit meiner/m Fachvorgesetzten keine weiteren Vereinbarungen getroffen worden sind. Ich bin darüber unterrichtet, dass über den Antrag ausschließlich durch den Präsidenten der Universität Paderborn rechtsverbindlich entschieden wird und dass rechtsverbindliche Erklärungen hinsichtlich meines Arbeitsverhältnisses nur schriftlich durch das Personaldezernat (Dezernat 4) abgegeben werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Stundenreduzierung erst nach Gegenzeichnung durch einen beauftragten Mitarbeitenden des Personaldezernats wirksam wird.

_____
(Datum, Unterschrift der Hilfskraft)

Erklärung der/s Fachvorgesetzten:
Die Hilfskraft wird entsprechend der Richtlinien für die Beschäftigung und Vergütung wissenschaftlicher und studentischer Hilfskräfte an der Universität Paderborn in der derzeit gültigen Fassung beschäftigt. Mit ist bekannt, dass ich Arbeitsleistungen im bezeichneten Umfang erst nach Unterzeichnung des Änderungsvertrages durch einen beauftragten Mitarbeitenden des Personaldezernats annehmen darf.

_____
(Datum, Unterschrift des/r Fachvorgesetzten

Stellungnahme der Fakultätsleitung / Leitung der zentralen Einrichtung (oder beauftragte Vertretung)
Gegen die beabsichtigte Maßnahme bestehen keine Bedenken.

_____
(Datum, Unterschrift Leitung der Fakultät/Einrichtung)