

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit

Änderung der Befristung

Ausbildungsende

Firma:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

Änderung der Wochenarbeitszeit:

Wöchentliche / Tägliche Arbeitszeit bisher:	Wöchentliche / Tägliche Arbeitszeit neu:
Grund für der Änderung der Wochenarbeitszeit <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung <input type="checkbox"/> Änderung der Teilzeit auf Vollzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit auf Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> sonstiges:	
Durchschnittliche regelmäßige wöchentl. Arbeitszeit eines Vollzeitmitarbeiters	Änderung gültig ab:

Zusatzangaben bei Pflegezeit

Minderung des Arbeitsentgeltes aufgrund der Pflegezeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beginn der Minderung des Arbeitsentgeltes	am:
Ende der Minderung des Arbeitsentgeltes	am:

Änderung Befristung

Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Befristung Arbeitsvertrag zum	
Abschluss Arbeitsvertrag am	
Verlängerung Arbeitsvertrag zuletzt am	
Befristete Beschäftigung für min. 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ausbildungsende

Tatsächliches Ende der Ausbildung	
-----------------------------------	--

Datum

Unterschrift Arbeitgeber