



An das
Dezernat 4 / Sachgebiet 4.3.4
- im Hause -

Antrag auf Personalmaßnahmen Studentische und wissenschaftliche Hilfskräfte

Name: _____ Fakultät/Einrichtung: _____

Vorname: _____ Fachvorgesetzte*r: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w d

Antrag auf Reduzierung der Wochenarbeitszeit

Eine Reduktion der Arbeitszeit ist nur für die Zukunft möglich, nicht rückwirkend.

PBP-Nr. des betroffenen Arbeitsvertrags: _____

Neue, niedrigere Wochenarbeitszeit: _____ Stunden pro Woche

im künftigen Zeitraum vom: _____ bis: _____

Antrag auf Auflösung des Arbeitsverhältnisses (per Auflösungsvertrag)

*Das Arbeitsverhältnis kann durch einseitige Kündigungserklärung der Hilfskraft mit einer Frist von **vier Wochen zum 15. oder zum Ende eines Monats** gekündigt werden (§ 622 Abs. 1 BGB). Ein Auflösungsvertrag soll mit diesem Formular nur beantragt werden, wenn eine fristgerechte Kündigung nicht möglich ist. Ist sie zu dem angegebenen Termin möglich, wird der Auflösungsantrag als entsprechende Kündigung gewertet und kein Auflösungsvertrag erstellt.*

Der bestehende Arbeitsvertrag im Umfang von _____ Stunden pro Woche (PBP-Nr. _____) soll beendet werden mit Ablauf des _____.

WICHTIG: Das Arbeitsverhältnis endet nicht vor Unterzeichnung und Rücksendung des vom Personaldezernat zu erstellenden Auflösungsvertrags!

Unterschriften zum Antrag

Datum _____ Unterschrift Hilfskraft _____

Datum _____ Unterschrift Fachvorgesetzte*r _____