**Antrag auf Ermäßigung bzw. Erhöhung der Arbeitszeit für Tarifbeschäftigte**

Landratsamt Bayreuth

FB 10

Markgrafenallee 5

95448 Bayreuth

|  |
| --- |
| Name, Vorname      |
| Geburtsdatum      | Geschäftsbereich/Fachbereich      | Besoldungsgruppe/Entgeltgruppe      |
| Privatanschrift, Telefon      |

1. **Arbeitszeitermäßigung:**
2. **Teilzeit gem. § 11 Abs. 1 TVöD:**

Ich beantrage meine wöchentliche Arbeitszeit für die Zeit vom       bis       auf    Stunden wöchentlich zu ermäßigen.

[ ]  Ich betreue nachfolgend aufgeführte(s) Kind(er) unter 18 Jahren.

[ ]  Ich pflege folgende nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftigen Angehörigen. Das

 ärztliche Zeugnis ist beigefügt.

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname      | Geburtsdatum      |
| Name, Vorname      | Geburtsdatum      |
| Name, Vorname      | Geburtsdatum      |

1. **Teilzeit gem. § 8 TzBfG:**

Ich beantrage meine wöchentliche Arbeitszeit ab       auf    Stunden wöchentlich zu ermäßigen.

|  |
| --- |
| Bemerkung:       |

1. **Brückenteilzeit gem. § 9a TzBfG:**

Ich beantrage meine wöchentliche Arbeitszeit für die Zeit vom       bis       auf       Stunden wöchentlich zu ermäßigen.

|  |
| --- |
| Bemerkung:       |

1. **Arbeitszeiterhöhung gem. § 11 Abs. 3 TVöD/ § 9 TzBfG:**

Ich beantrage meine wöchentliche Arbeitszeit für die Zeit

[ ]  ab

[ ]  vom       bis

auf       Stunden wöchentlich zu erhöhen.

Hinweis: Die Rückkehr bzw. Aufstockung des Stundenmaßes ist von der jeweiligen Personalbedarfs- und Stellensituation abhängig.

1. **Arbeitszeitverteilung:**

 Mit der beabsichtigten Arbeitszeitreduzierung beantrage ich:

[ ]  eine Umstellung meiner wöchentlichen Arbeitszeitverteilung auf eine  -Tagewoche. Ich werde meinen vor dem Zeitpunkt der beantragten Arbeitszeitreduzierung anteilig erworbenen Resturlaub noch vor diesem Zeitpunkt einbringen.

[ ]  eine Beibehaltung der bisherigen Arbeitszeitverteilung ( -Tagewoche)

     , den       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift

1. **Dem Antrag auf Ermäßigung der Arbeitszeit wird**

[ ]  zugestimmt

[ ]  nicht zugestimmt

|  |
| --- |
| ggf. Bemerkung:       |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum, Unterschrift FBL/GBL