

Antrag auf Inanspruchnahme von Arbeitszeitkonten-Ausgleichstagen

Name, Vorname

Personalnummer

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Schulnummer (BSN)

Schulstempel

An die Personalstelle: ZS P _____

Ich beantrage, Zeitguthaben von meinem Arbeitszeitkonto (gemäß Anwendungs-TV Land Berlin vom 31.07.2003) in Anspruch zu nehmen.

Arbeitszeitkonto-Ausgleichstage:

Am _____

Vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage
= _____ Stunden / Minuten

Am _____

Vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage
= _____ Stunden / Minuten

Am _____

Vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage
= _____ Stunden / Minuten

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift Fachvorgesetzte/r

Unterschrift Schulleitung

Nach erfolgter Inanspruchnahme an die Personalstelle weiterleiten!

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| IPV Eingabe | ZS P |
| | Stellenzeichen/ Kurzzeichen / Datum |

Prüfvermerk der Personalstelle