

Weiterbeschäftigungs-/Veränderungsantrag

1.3.04_2

Stempel der Klinik/des Instituts

Name/Vorname _____ geb. am: _____

Kostenstelle: _____ OE: _____

Dienstbezeichnung: _____

bisheriger Einsatz: _____

es erfolgt ab: _____

Umsetzung innerhalb des Bereichs, künftiger Einsatz: _____

in eine andere Klinik/ein anderes Institut: _____

zukünftige Funktion: _____

Kostenstelle: _____

UT/Kurzbezeichnung: _____

Änderung der wöchentlichen Arbeitszeit von _____ auf _____

Verlängerung der befristeten Beschäftigung: befristet bis _____
unbefristet

Letzte/r Stelleninhaber/in zu Vertretende/r _____

Drittmittelfinanzierung/Projektbezeichnung _____

Übertragung einer Leitungsfunktion als Leitung auf Dauer als Vertr. der Leitung

gem. § 24 Abs. 1 BAT

gem. § 24 Abs. 2 BAT

Anzahl der Unterstellten: _____

Vorschlag zur Stellenregelung:

Eigene Stelle: Eingruppierung _____ Vollzeit Teilzeit mit _____ Std.

Künftige Stelle: Eingruppierung _____ Vollzeit Teilzeit mit _____ Std.

Zustimmung des Klinik/Institutsrates liegt vor liegt nicht vor wird nicht benötigt

Personalverantw. des bisherigen
Einsatzbereiches

Personalverantw. des zukünftigen
Einsatzbereiches

Datum

Mit vorstehender Regelung einverstanden:

Datum

Geschäftsführende/r Direktor/in /Pflegedirektion