

Antrag auf Arbeitszeitverkürzung

Datum: _____

Arbeitnehmer/in

Name: _____

Anschrift: _____

Personal-Nr.: _____

Arbeitgeber

Firma: _____

Anschrift: _____

Ich beantrage eine Reduzierung meiner wöchentlichen Arbeitszeit

Aktuelle Wochenstunden: _____ Stunden / Woche ! Gewünscht
_____ Stunden / Woche

Wirkung ab: _____

Begründung

Rechtsgrundlagen:

§ 8 TzBfG (Teilzeit) · § 9a TzBfG (Brückenteilzeit) · § 15 BEEG (Elternteilzeit)

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer/in