

Erklärung von Teilzeitbeschäftigten zum Arbeitszeitkonto**(Personalratsvorlage zur Zustimmung erforderlich)**gemäß § 5 der Dienstvereinbarung über die Regelungen zur Arbeitszeit und
Bereitschaftsdienst für die der Pflegedirektion unterstellten Beschäftigten am
Universitätsklinikum Köln

Personalnummer

Name, Vorname

Titel

Klinik/Institut

Vom - Bis

Für Vollzeitbeschäftigte beträgt die höchstmögliche Zeitschuld 15 Stunden, das
höchstzulässige Zeitguthaben beträgt 70 Stunden Für Teilzeitbeschäftigte mit einem
Beschäftigungsumfang von:

- weniger als 100% , bis zu 75% 80% der Stundengrenzen der Vollzeitbeschäftigte (56 Std.)
- weniger als 75 % , bis zu 50% 60% der Stundengrenzen der Vollzeitbeschäftigte (42 Std.)
- weniger als 50% 40% der Stundengrenzen der Vollzeitbeschäftigte (28 Std.)

☐ Hiermit willige ich in eine Angleichung der Stundenbegrenzungen eines
Vollzeitbeschäftigten ein.

Der Ausgleichszeitraum wird vom bis vereinbart.

Erklärung

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- mir aus der Abgabe oder Verweigerung dieser Erklärung keine Vor- oder Nachteile
für mein berufliches Fortkommen oder den Bestand des Arbeitsverhältnisses
erwachsen
- diese Vereinbarung der Arbeitszeitkommission laut Dienstvereinbarung vorgelegt
wird
- ich diese Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten kündigen kann

.....
Ort Datum.....
Ort Datum.....
Unterschrift – Beschäftigter.....
Unterschrift - Pflegedienstleitung