

Altersteilzeit

Teilnehmernummer:	Personalnummer:
Nachname:	Vorname:
<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter	

Beginn der Altersteilzeit:

- ATZ mit Wiederbesetzung Block/Arbeitsphase von bis
- ATZ mit Wiederbesetzung Block/Freizeitphase von bis
- ATZ mit Wiederbesetzung Teilzeitmodell von bis
- ATZ ohne Wiederbesetzung Block/Arbeitsphase von bis
- ATZ ohne Wiederbesetzung Block/Freizeitphase von bis
- ATZ ohne Wiederbesetzung Teilzeitmodell von bis

(Bei Wiederbesetzung wird Erstattungsantrag für das Arbeitsamt zum gegebenen Zeitpunkt erstellt !)

Arbeitszeit:

bisherige Arbeitszeit neue Arbeitszeit

Sonstiges: (z.B. Wegfall von Zulagen, Zulagen die nicht gekürzt werden dürfen, etc.)

.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Mitarbeiters

Wir bestätigen, dass die vorstehenden Angaben richtig und verbindlich sind!

.....
Ort, Datum

.....
Stempel

.....
Unterschrift/Dienststelle

erfaßt:

Faktura: Grundservice
 Fullservice

geprüft: