

Aufstockungsantrag von:

Antrag vom:

Name, Vorname (Antragsteller*in)

Fachbereich, Abteilung, etc.

Telefonnummer

Datum

Urlaubssachbearbeiter*in

Eingangsvermerk

Nr.

Auf dem Dienstweg

An den
Präsidenten der
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Bereich Human Resources
Abteilung Personalservices

ANTRAG AUF AUFSTOCKUNG DER ARBEITSZEIT

Es wird beantragt, die Arbeitszeit von _____ aufzustocken.

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Die Aufstockung soll **befristet** erfolgen in der Zeit vom _____ bis _____ .

Die Aufstockung soll **unbefristet** erfolgen ab dem _____ .

Die Arbeitszeit wird um _____ %, auf _____ % erhöht.

Bitte fügen Sie die Begründung mit einem separaten Schreiben bei.

Die*Der Mitarbeiter*in ist seit dem _____ als _____
mit einer Arbeitszeit von _____ % beschäftigt.

Die Aufstockung erfolgt im Rahmen der bisher übertragenen Tätigkeiten.

Die Aufstockung erfolgt mit veränderten Tätigkeiten (z.B. Elternzeitvertretung)

Bitte neue Tätigkeitsbeschreibung beifügen!

Geschäftsführende*r
Direktor*in zur Kenntnis

Die Aufstockung der Arbeitszeit erfolgt aus

Landesmitteln zu Lasten der Stellennummer: _____

temporären Mitteln zu Lasten der Projektnummer: _____

Mit Unterschrift wird bestätigt, dass die Finanzierung der Aufstockung gesichert ist.

Der Antrag auf Aufstockung der Arbeitszeit erfolgt vorbehaltlich der endgültigen Mittelbewilligung.

Die Stelle wurde ausgeschrieben am _____ in _____ .

Antragsteller*in

ab hier füllt die Abteilung Personalservices aus

Der Präsident der
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Frankfurt am Main, den _____
Aktenzeichen: 3. _____ P PS- _____

Urschriftlich

**An die
Zentrale Gleichstellungsbeauftragte, die
Schwerbehindertenvertretung und ggf. an den Personalrat der
Goethe-Universität Frankfurt am Main**

Datum:

Namenskürzel TSB:

- Aufgrund **unveränderter** Tätigkeiten im Rahmen der Aufstockung erfolgt die tarifliche Bewertung weiterhin nach Entgeltgruppe _____ , Stufe _____ EGO TV-G-U.
- Aufgrund **veränderter** Tätigkeiten im Rahmen der Aufstockung erfolgt die tarifliche Bewertung nach Entgeltgruppe _____ , Stufe _____ EGO TV-G-U.
- Aufgrund veränderter Tätigkeiten im Rahmen der Aufstockung ergibt sich keine Änderung in der Entgeltgruppe und der Stufenzuordnung. Die Eingruppierung sieht jedoch eine monatliche Entgeltgruppenzulage nach Anlage E, Abschnitt I, Nr. _____ vor.

Ich bitte um Zustimmung zur Aufstockung der Arbeitszeit auf insgesamt _____ % für die Zeit vom _____ bis _____ bzw. ab dem _____ unbefristet.

Die Schwerbehindertenvertretung

- Einverstanden Nicht einverstanden

.....
Unterschrift

Die Zentrale Gleichstellungsbeauftragte

- Einverstanden Nicht einverstanden
- Überlegungsfrist

.....
Unterschrift

Ggf. Der Personalrat

- Einverstanden Nicht einverstanden
- Nichtäußerung

.....
Unterschrift

digitale Zustimmung erfolgt am: