Universität Bremen

Name, Vorname	Telefon	e-Mail
Dienstbezeichnung	Bereich	Personalnummer

Eingangsstempel Dezernat 2

<u>Anzeige</u> einer geänderten Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit

☐ Meine Arbeitszeit beträgt laut Arbeitsvertrag _____ Wochenstunden. Ich beabsichtige, meine wöchentliche Arbeitszeit ab dem _____ wie folgt zu verteilen:

☐ Ich habe meine Arbeitszeit für den Zeitraum vom _____ bis _____ auf _____ Wochenstunden reduziert. Die im Reduzierungsantrag angegebene Verteilung meiner wöchentlichen Arbeitszeit möchte ich ab dem _____ wie folgt ändern:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
tägliche Arbeitszeit					

_____ _____

Datum Unterschrift

Vorgesetzte:r: ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden (Begründung erforderlich)

_____ _____

Datum Unterschrift

Stand: 08/2025