

# Personalfragebogen - Änderung Arbeitszeit oder Befristung / Ausbildungsende -

---



STEUERBERATUNG

Flexstraße 10 | 85055 Ingolstadt

Tel.: 0841 95570-0

Fax: 0841 95570-70

e-Mail: info@stb-bosse.de

www.stb-bosse.de

---

Firma des Arbeitgebers (Stempel)

Name des Mitarbeiters

---

## Änderung Wochenarbeitszeit

Wochenarbeitszeit bisher

Wochenarbeitszeit neu

Änderung gültig ab

---

Grund für die Änderung der Wochenarbeitszeit  
– Bitte ankreuzen!

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge gezahlt werden     | <input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit auf Teilzeit  |
| <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen | <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit   | <input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit  |
|   | <input type="checkbox"/> Pflegezeit                      |

Nachrichtlich: durchschn. regelmäßige Wochenarbeitszeit eines  
Vollzeitarbeitnehmers

---

## Änderung Befristung

Der befristete Vertrag wurde verlängert bis

---

Der befristete Vertrag wurde verlängert am

---

## Ausbildungsende

Tatsächliches Ende der Ausbildung

---

Datum und Unterschrift Arbeitgeber

---