|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name/ Vorname  | Dienst-/ Amtsbezeichnung  | Datum14.11.2022 |
| Dienststelle/ Stellenzeichen  | Personalnummer  | Telefon  |

**Antrag auf Sabbatical/ Blockfreizeit für Tarifbeschäftigte**

[ ]  Sabbatical (Zeitraum mehr als zwölf Monate)

[ ]  Blockfreizeit (Zeitraum bis zu zwölf Monaten)

Hiermit beantrage ich für den Gesamtzeitraum

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| vom |   | bis |   |  |
| eine Teilzeitbeschäftigung1) |
|  |
| [ ]  mit durchschnittlich |   | % |  der regelmäßigen Arbeitszeit**2)** |
| **oder** |
| [ ]  von wöchentlich |   |  | Stunden**3)** |
|  |
| **I. Ansparphase** |
|  |
| vom |   | bis |   |  |
| mit einer tatsächlichen Arbeitszeit von |
| [ ]  |   | % |  der regelmäßigen Arbeitszeit**2)** |
| **oder** |
| [ ]  wöchentlich |   | Stunden**3)** |
|  |
| Die Arbeitszeit möchte ich wie folgt verteilen:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wochentag | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
| Stundenzahl |   |   |   |   |   |

Bei einer besonderen Verteilung der Arbeitszeit (z.B. 14-tägiger Rhythmus) bitte angeben:

|  |
| --- |
|   |

[ ]  Die Teilnahme an der gleitenden Arbeitszeit wird weiterhin gewünscht. |

|  |
| --- |
|  |
| **II. Freistellungsphase** |
| vom |   | bis |   |  |

|  |
| --- |
|  |
| (Datum/ Unterschrift) |

1)D. Teilzeitbeschäftigte ist im Rahmen begründeter dienstlicher Notwendigkeiten zur Leistung von Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Überstunden und Mehrarbeit verpflichtet.

2)Bei der Beantragung einer prozentualen Arbeitszeitänderung erfolgt im Falle einer allgemeinen Änderung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eine automatische Anpassung der vereinbarten Arbeitszeit.

3)Bei der Beantragung einer Arbeitszeitänderung unter Angabe einer konkreten Stundenzahl erfolgt im Falle einer allgemeinen Änderung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit keine automatische Anpassung der vereinbarten Arbeitszeit (feste Arbeitszeit).

|  |
| --- |
| über d. Fachvorgesetzte/n:  |
|  | (Stellenzeichen) |  |
|  |  |
|  | Dienstliche Bedenken: |
|  | [ ]  nein |
|  | [ ]  ja, Begründung: |
|  |  |
|  |  |
| (Kurzzeichen, Datum) |  |
|  |  |
| über örtlich zuständige Büroleitung / Geschäftsstelle:  |
|  | (Stellenzeichen) |  |
|  |  |
|  | Dienstliche Bedenken: |
|  | [ ]  nein |
|  | [ ]  ja, Begründung: |
| Bei Ausfallzeiten ohne Lohnfortzahlung:(Handlungsalternativen siehe Arbeitsmaterial zu § 11 TV-L Punkt 2.5.1) |
| [ ]  Alternative a)[ ]  Alternative b)[ ]  Alternative c) |  |
| (Kurzzeichen, Datum) |  | Beschäftigte/r zur Kenntnis genommen (Unterschrift/Datum) |  |
|  |  |
| ggf. über zuständige Stellenwirtschaft:  |
|  | (Stellenzeichen) |  |
|  |  |
|  | Bedenken: |
|  | [ ]  nein |
|  | [ ]  ja, Begründung: |
|  |  |
|  |  |
| (Kurzzeichen, Datum) |  |
|  |
| weitere erforderliche Mitzeichnung:  |
|  | (Stellenzeichen) |  |
|  |  |
|  |  |
| (Kurzzeichen, Datum) |  |
|  |
| **Frauenvertretung**An der Maßnahme beteiligt(§ 17 LGG) | **Vertrauensperson der****schwerbehinderten Menschen**Ggf. an der Maßnahme beteiligt(§ 178 Abs. 2 SGB IX) | **Personalrat**Ggf. an der Maßnahme beteiligt(§ 85 Abs. 1 Nr. 1 PersVG)Zur Kenntnis übersandt(§ 2 PersVG) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| **Weiterleitung an den Zentralen Personalservice zur weiteren Bearbeitung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LVwA -  | PS  |  |

 (Stellenzeichen)