

Anlage _ zur Betriebsvereinbarung über die variable Arbeitszeit

„Formular zur Beantragung von Überstunden/Mehrarbeit“

Antrag auf Anordnung von Mehrarbeit / Überstunden

Krankenhaus XYZ GmbH

_____, den __. __. ____

(Abteilung)

1. Für Herrn/Frau _____ sind Über-/Mehrarbeitsstunden von ____ Stunden im Monat _____ notwendig.

2. Der/die betroffene Beschäftigte ist - schwer behindert - teilzeitbeschäftigt.

3. Diese Überstunden/Mehrarbeitsstunden müssen aus betrieblichen Gründen geleistet werden (voraussichtliche zeitliche Lage):

Wochentag	Datum	Uhrzeit (von - bis)

4. Begründung für die betriebliche Notwendigkeit:

5. Genehmigung der Geschäftsführung:

_____ (Unterschrift)

6. Zustimmung Betriebsrat:

_____ (Unterschrift)
