

Fak./WE/Abt./Projektleiter/in (Stempel der Besch.stelle)

Antrag auf Verlängerung des Beschäftigungsverhältnisses als Stud. Hilfskraft

Berlin, den

☎

Hinweis: aus Datenschutzgründen darf der ausgefüllt Vordruck nicht mittels EDV (z.B. E-Mail) versandt werden

An den Präsidenten der TUB

II T _____

über

III PW (falls zentrale Mittel)

V C (falls Drittmittel)

<p>Ist die / der Beschäftigte schwerbehindert?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Falls ja, bestehen Einwände der Schwerbehindertenvertretung (Begründung ggf. s. gesondertes Blatt):</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Mit diesem Vorschlag bin ich</p> <p><input type="checkbox"/> einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> <i>nicht</i> einverstanden;</p> <p>Begründung s. gesondertes Blatt</p>
Datum / Unterschrift Schwerbehindertenvertretung	Datum / Unterschrift der Frauenbeauftragten

Bitte verlängern Sie das **Beschäftigungsverhältnis für**

Frau / Herrn..... Geburtsdatum.....

Anschrift

als Stud. Hilfskraft mit Unterrichtsaufgaben (Tutorin / Tutor)

ohne Unterrichtsaufgaben

ohne Unterrichtsaufgaben (Drittmittel)

Im Umfang vom.....Monatsstunden ab dem bis zum

Organisatorische Zuordnung (bitte unbedingt die 8-stellige Kennziffer angeben)

--	--	--	--	--	--	--	--

Organisationsmanagement:

SAP-Planstellenummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Stellenzeichen/Sekretariatskennzeichen:

Vertreter/in von:

Das Beschäftigungsverhältnis wird finanziert über:

Freigabe Fakultät / III PW	Freigabe V C
Fond:	PSP-Element:
Kostenstelle:	Forschungsprojekt:
Stellen-Nr.(EDV-Nr.):	
Bei der Verlängerung unter 2 Jahren bitte die Gründe auf gesondertem Bogen darlegen.	Weiterbeschäftigung im selben Teilprojekt <input type="checkbox"/> anderen Teilprojekt <input type="checkbox"/>
Antrag beruht auf Beschluss-Nr. _____ vom _____	mit folgenden Tätigkeiten (ggf. Erläuterung auf gesondertem Blatt):
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; width: fit-content;"> Unterschrift stud. Hilfskraft </div> Unterschrift Antragsteller/in

Bemerkungen:

TUB / P II T U.R. Personalrat m.d.B. um Mitbestimmung Im Auftrag	Datum App.....	Personalrat der Studentischen Beschäftigten
---	-------------------------	--