

# Antrag auf Stundenreduzierung SHK/WHB

An das Personaldezernat  
Sachgebiet 4.3

auf dem Dienstweg

## Hilfskraft:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Fakultät/Zentrale  
Einrichtung

E-Mail

(aus Datenschutz-Gründen werden  
ausschließlich Email-Adressen, die vom  
IMT zugewiesen wurden, akzeptiert.)

## Bearbeiter\*in:

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

ggf.cc

Fachvorgesetzte\*r

(verantwortliche\*r Wissenschaftler\*in)

SB SG 2.3

## Angaben zur Beschäftigung:

bisheriger Beschäftigungsumfang

Std./Wo.

neuer Beschäftigungsumfang

Std./Wo.

Änderung des Beschäftigungsumfangs soll erfolgen ab

Regelmäßige Arbeitstage

Mo  Di  Mi  Do  Fr

AO-Nr.:

Nur von der Verwaltung auszufüllen

**Erklärung der Hilfskraft:**

Ich beantrage die o.g. Änderung meiner Wochenarbeitszeit. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit meiner\*m Fachvorgesetzten keine weiteren Vereinbarungen getroffen worden sind. Ich bin darüber unterrichtet, dass über den Antrag ausschließlich durch die Präsidentin der Universität Paderborn rechtsverbindlich entschieden wird und dass rechtsverbindliche Erklärungen hinsichtlich meines Arbeitsverhältnisses nur schriftlich durch das Personaldezernat (Dezernat 4) abgegeben werden dürfen. Mir ist bekannt, dass die Stundenreduzierung erst nach Gegenzeichnung durch einen beauftragten Mitarbeitenden des Personaldezernats wirksam wird.

---

(Datum, Unterschrift der Hilfskraft)

**Erklärung der\*s Fachvorgesetzten:**

Die Hilfskraft wird entsprechend der Richtlinien für die Beschäftigung und Vergütung wissenschaftlicher und studentischer Hilfskräfte an der Universität Paderborn in der derzeit gültigen Fassung beschäftigt. Mir ist bekannt, dass ich Arbeitsleistungen im bezeichneten Umfang erst nach Unterzeichnung des Änderungsvertrages durch einen beauftragten Mitarbeitenden des Personaldezernats annehmen darf.

---

(Datum, Unterschrift des\*r Fachvorgesetzten)

**Stellungnahme der Fakultätsleitung / Leitung der zentralen Einrichtung (oder beauftragte Vertretung)**

Gegen die beabsichtigte Maßnahme bestehen keine Bedenken.

---

(Datum, Unterschrift Leitung der Fakultät/Einrichtung)