|  |
| --- |
|                       |
| Name, Vorname                      |
| Straße, Hausnummer                 |
| Postleitzahl, Ort                |
| Dienststelle |

|  |
| --- |
|                 |
| Telefonnummer                          |
| Email-Adresse |

Erzbischöfliches Generalvikariat

Hauptabteilung Personal und Verwaltung

Referat Personalverwaltung

Postfach 1480

33044 Paderborn

**Antrag auf Ausnahmegenehmigung vom Verbot der Nachtarbeit sowie Sonn- und Feiertagsarbeit gemäß §§ 5 und 6 MuSchG**

Hiermit beantrage ich für folgende Termine/Veranstaltungen die Beschäftigung in den laut MuSchG geschützten Zeiten:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Termin/Veranstaltung (Titel der Veranstaltung, Ort)** | **Sonn- und Feiertags-arbei**t**[[1]](#footnote-1)** | **Nachtarbeit zwischen 20 Uhr und 22 Uhr** |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |
|       |       | [ ]  | [ ]  |

Ich erkläre mich ausdrücklich dazu bereit an den o. g. Terminen zu arbeiten und bestätige, dass eine unverantwortbare Gefährdung durch Alleinarbeit[[2]](#footnote-2) ausgeschlossen ist.

          ,           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Mitarbeiterin

Ich bestätige, dass die Beschäftigung der Mitarbeiterin an den oben aufgeführten Terminen dienstlich notwendig ist:

          ,           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Vorgesetzte/r

**Anlage** (Ärztliches Attest bei Nachtarbeit)

1. Zum Ausgleich für Sonn- und Feiertagsarbeit muss schwangeren und stillenden Frauen ein Ersatzruhetag gewährt werden. [↑](#footnote-ref-1)
2. Alleinarbeit ist nur dann ausgeschlossen, wenn gewährleistet ist, dass Sie Ihren Arbeitsplatz jederzeit verlassen können oder Hilfe erreichen können. [↑](#footnote-ref-2)