

Datum:

Amt:

Einrichtung:

Anordnung von Mehr- bzw. Überstunden

Begründung für die Anordnung:

| Name | derzeitiger<br>Stand Über-<br>bzw.<br>Mehrstunden | regelm.<br>Arbeitszeit | Schwerbe-<br>hinderung<br>"Ja" bitte<br>ankreuzen | Anz d. Mehr-<br>bzw.<br>Überstunden | Zeitraum | Uhrzeit | Freizeitausgl.<br>"Ja" bitte<br>ankreuzen |
|------|---|------------------------|---|-------------------------------------|----------|---------|---|
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |
|      |   |                        | <input type="checkbox"/>                          |                                     |          |         | <input type="checkbox"/>                  |

|                    |            |            |          |          |           |            |                            |
|--------------------|------------|------------|----------|----------|-----------|------------|----------------------------|
| <b>Personalrat</b> | <b>SBV</b> | <b>105</b> | <b>1</b> | <b>4</b> | <b>10</b> | <b>102</b> | <b>Anordnung:<br/>Amt:</b> |
|                    |            |            |          |          |           |            |                            |