Antrag zur Maßnahme

**Mutterschutztopf**

# aus dem Gleichstellungskonzept 2019-2022

An:

Frau Susanne Kleber

Dezernat 3.4, Gebäude 9

**1. Antragssteller/in (Lehrgebietsinhaber/in bzw. Vorgesetzte/r)**

Name, Vorname 

Lehrgebiet/Bereich 

Fakultät Wählen Sie ein Element aus.

Kostenstelle 

Telefon  Email 

**2. Angaben zur Förderung**

Ich beantrage für mein o.g. Lehrgebiet/ meinen o.g. Bereich eine Förderung aus dem Mutterschutztopf als Ersatz aufgrund von Mutterschutzzeiten und/oder ärztlichen Beschäftigungsverboten während der Schwangerschaft der folgenden Mitarbeiterin.

Name, Vorname der Mitarbeiterin 

**Als Vertretung bitte ich um Einstellung von:**

**1. Person**

Name, Vorname 

mit Wo/Std. =  % der wöchentlichen AZ (100% sind derzeit 39,83 Std.)

[ ]  mit Wirkung vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

[ ]  zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

[ ]  Die Einstellung soll der Dauer der Förderung entsprechen.

[ ]  Die Einstellung soll vor Ablauf der Förderung enden Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**2. Person**

Name, Vorname 

mit Wo/Std. =  % der wöchentlichen AZ (100% sind derzeit 39,83 Std.)

[ ]  mit Wirkung vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

[ ]  zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

[ ]  Die Einstellung soll der Dauer der Förderung entsprechen.

[ ]  Die Einstellung soll vor Ablauf der Förderung enden Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Hagen, Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Lehrgebietsinhaber/in bzw. Vorgesetzte/r