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