|  |
| --- |
| Antrag Vertragsänderung Göttingen, den 14.07.2020 |

|  |
| --- |
| Für folgende Person wird unten angegebene Änderung beantragt: |
| Einrichtung:       Personalnummer (soweit bekannt):  **Vor- und Zuname**:        Geburtsdatum:  beschäftigt als: |
| **Umsetzung** zum        befristet bis        unbefristet   * Die Beschäftigung erfolgt im Bereich Krankenversorgung **und** Forschung oder Lehre.  ja  nein * Die Beschäftigung umfasst kinder- und jugendnahe Tätigkeiten (erweitertes Führungszeugnis notwendig).  ja  nein * Die/Der Beschäftigte ist auf seinem Arbeitsplatz beruflich strahlenexponiert / dosimetriepflichtig.  ja  nein |
| **Umfinanzierung / Änderung der Finanzierung** zum        befristet bis |
| **Verlängerung des Beschäftigungsverhältnisses** zum  unbefristet  befristet bis       Wöchentliche Arbeitszeit:       Stunden |
| **Angaben zur Finanzierung bei Umsetzung oder Verlängerung des Beschäftigungsverhältnisses/Umfinanzierung/ Änderung Arbeitszeit:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Kostenstelle** | **Nur bei Drittmitteln: Projektkürzel** | **Anteil**  wöchentl. Arbeitszeit / VK | **Finanzierung von … bis …** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| **Vorübergehende Übertragung höherwertiger Tätigkeiten** innerhalb derselben Abteilung  von       bis       gem. beiliegender Tätigkeitsdarstellung |
| **Änderung (Erhöhung oder Reduzierung) der wöchentlichen Arbeitszeit** auf       Stunden zum  **🡺 Bitte Angaben zur künftigen**  unbefristet  befristet bis       **Finanzierung nicht vergessen!**  Arbeitszeitplanregel:       **wenn nicht bekannt, bitte nachfolgende Abfragen zur Arbeitszeit ausfüllen**  Teilnahme an der SAP-Dienstplanung  Teilnahme an der Gleitzeit mit elektronischer Zeiterfassung  keine Teilnahme an elektron. Dienstplanung/Gleitzeit   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Arbeitstage** | **Geplante Tagesarbeitszeit**  **in Stunden** | **Dienstbeginn/Dienstende**  *(Bei Gleitzeit bitte*  *Beginn 6:00 Uhr oder 6:30 Uhr und*  *Ende 18:00 Uhr oder 20:00 Uhr eintragen)* | | | Montag |  | von       bis | | Dienstag |  | von       bis | | Mittwoch |  | von       bis | | Donnerstag |  | von       bis | | Freitag |  | von       bis | | Samstag |  | von       bis | | Sonntag |  | von       bis |   Bemerkungen: |
| **Höhergruppierung** zum       gem. beiliegender Tätigkeitsdarstellung  Bisherige Entgeltgruppe     TV-L/TV-Ärzte Neue Entgeltgruppe     TV-L/TV-Ärzte |

|  |
| --- |
| Anlagen: (Bitte nur die erforderlichen Seiten drucken und einreichen) |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Zum Antrag**  **erforderliche Anlagen** | Umsetzung / Abteilungswechsel  (Antragstellung durch aufnehmende Abteilung) | Um-finanzierung | Übernahme höher-wertiger Tätigkeiten  (innerhalb derselben Abteilung) | Verlängerung | Arbeitszeit-erhöhung | Höher-gruppierung | | [Befristungsbogen](#Befristungsbogen) | ✓ |  | ✓ | ✓ | ✓ |  | | [Tätigkeitsdarstellung](#Tätigkeitsdarstellung)  (für Oberärzte entspr. separates [Formular](https://www.umg.eu/fileadmin/Redaktion/Dachportal/006_Ueber_uns/id143_Vorstand/id798_Geschaeftsbereiche/id800_G3-2_Personal/id1131_Personalinfos_A-Z/Zusaetzliche_Angaben_Oberaerzte.doc)) | ✓ |  | ✓ |  |  | ✓ | | [Betriebsärztl. Angaben](#Betriebsarzt)  (ggf. zusätzlich [Strahlenexp.-formular](https://www.umg.eu/fileadmin/user_upload/Angaben_zur_Strahlenexposition.pdf)) | ✓ |  |  |  |  |  | | Bewerbungsunterlagen | ✓ |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Unterschrift: |
| Tel. für Rückfragen:       Ansprechpartner:        Ergänzende Informationen auf  gesondertem Blatt  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unterschrift der Leiterin / des Leiters der Einrichtung** |

**Befristungsbogen**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname Beschäftigten: | Beschäftigt als: |

Der Arbeitsvertrag soll aus folgendem Grund befristet werden (bitte ankreuzen):

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Angaben ausschließlich für wissenschaftliches / ärztliches Personal** |
| **1.1** | **zur Promotion \*)**  Vorbereitung/Beginn  Durchführung  Abschluss  **Zeitraum (Angaben gem. Promotionsvereinbarung):**  vom       bis voraussichtlich |
| **1.2** | **zur Habilitation \*)**  Die Beschäftigung gibt zugleich Gelegenheit zur Vorbereitung einer Habilitation  vom       bis voraussichtlich  Beginn der Habilitation**:** |
| **1.3** | **sonstiges angestrebtes wissenschaftliches Qualifikationsziel bzw. wissenschaftliche Qualifizierungsmaßnahme\*)**  Bezeichnung/Beschreibung:  Erreichen des Qualifizierungsziels bzw. Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme  voraussichtlich bis:  Begründung der Angemessenheit des Zeitraums der befristeten Beschäftigung im Hinblick auf das Erreichen der angestrebten Qualifizierung: |
|  | **\*) Erläuterungen zu 1.1 bis 1.3:**  **Die Befristungsdauer ist nach dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz so zu bemessen, dass sie der angestrebten Qualifizierung angemessen ist. Bei Abweichung der Befristungsdauer von der im Regelfall erforderlichen Dauer bitte um Angabe von Gründen.** |
| **1.4** | **Mitarbeit in einem drittmittelfinanzierten Forschungsprojekt**  Bezeichnung des Forschungsvorhabens:  Projektbewilligung bis  Nach den derzeitig vorliegenden Erkenntnissen ist damit zu rechnen, dass die der/dem Mitarbeiterin/Mitarbeiter im Rahmen des vorstehend bezeichneten Forschungsvorhabens speziell übertragene (Teil-)Aufgabe bis zum       abgeschlossen sein wird.  **Hinweis: Die vereinbarte Befristungsdauer soll bei Drittmittelprojekten dem bewilligten Projektzeitraum entsprechen. Bei Zurückbleiben der Befristungsdauer hinter der Laufzeit der Projektbewilligung bitte um Angabe von Gründen:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.** | **Weitere Befristungsgründe (gilt für alle Beschäftigtengruppen)** | |
| **2.1** |  | **Vertretung**  Welche Mitarbeiterin oder welcher Mitarbeiter soll vertreten werden? |
| **2.2** |  | **Zum Zwecke der Mitarbeit an einem zeitlich begrenzten Projekt oder sonstiger vorübergehender Bedarf**  Bezeichnung der Aufgabe:    Nach den derzeitig vorliegenden Erkenntnissen ist damit zu rechnen, dass die der/dem Mitarbeiter\*in im Rahmen des vorstehend bezeichneten Projektes speziell übertragene Aufgabe  bis zum  abgeschlossen sein wird und der Bedarf an der zusätzlichen Arbeitskraft danach wegfällt. Es kann hierbei nicht auf die Dauer der Finanzierung abgestellt werden. |
| **2.3** |  | **Erstmalige Beschäftigung an der UMG/UNI (Befristung für max. 2 Jahre möglich)** |
| **2.4** |  | **Aus folgendem anderweitigen Grund:** |

**Tätigkeitsdarstellung** **vom 14.07.2020**

**FürOberärztin/Oberarzt bitte stattdessen das Formular** [**Zusätzliche Angaben Oberärztin/Oberarzt**](https://www.umg.eu/fileadmin/Redaktion/Dachportal/006_Ueber_uns/id143_Vorstand/id798_Geschaeftsbereiche/id800_G3-2_Personal/id1131_Personalinfos_A-Z/Zusaetzliche_Angaben_Oberaerzte.doc) **ausfüllen und dem Antrag beifügen. Das Formular finden Sie auch auf der UMG-Homepage unter Personal A-Z 🡪 Einstellung.**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. Beschäftigten: | Beschäftigt als: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aufgabenbezeichnung (Kurzbezeichnung) | | | |
| **Organisatorische Eingliederung und Befugnisse der Arbeitsplatzinhaberin/ des Arbeitsplatzinhabers** | | | |
| **1.** | | Der Arbeitsplatzinhaberin / dem Arbeitsplatzinhaber sind die folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ständig unmittelbar unterstellt | |
| **2.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber ist unmittelbar unterstellt | |
| **3.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber vertritt | |
| **4.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber wird vertreten durch | |
| **5.** | | Die Arbeitsplatzinhaberin / der Arbeitsplatzinhaber hat folgende Befugnisse: | |
| **Beschreibung der Tätigkeiten, die eine Bildung von Arbeitsvorgängen und deren tarifliche Bewertung ermöglicht** | | | |
| Einzeltätigkeit | | | Anteil in %  an der gesamten  Arbeitszeit |
| 1. |  | |  |
| 2. |  | |  |
| 3. |  | |  |
| 4. |  | |  |
| 5. |  | |  |
| 6. |  | |  |
| 7. |  | |  |
| 8. |  | |  |
| 9. |  | |  |
| 10. |  | |  |
| **Erforderliche Qualifikation für den Arbeitsplatz (nicht die individuelle Qualifikation)** | | | |
| z.B. Berufsausbildung, Hochschulausbildung, Fachprüfungen, etc. | | | |
| Sonstige erforderliche Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen | | | |

**Durchführung von personal-/betriebsärztlichen Untersuchungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung: | Tel. für Rückfragen: |
| Vor- und Zuname d. Beschäftigten: | Geburtsdatum: |
| Beschäftigt als: | Beschäftigungsbeginn: |

Der Betriebsärztliche Dienst wird beauftragt, folgende Untersuchungen/Vorsorgen durchzuführen:

**Eignungsuntersuchung**

**Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt** (alle Berufsgruppen inkl. Reinigungspersonal, Personal in Ebenenbüros, Wachpersonal, Stationsapotheker) zum Schutz der Patienten/innen vor Infektionen durch Personal

**Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt** **in der Gynäkologie und Geburtshilfe und/oder in der Kinderklinik** (alle Berufsgruppen inkl. Reinigungspersonal, Personal in Ebenenbüros, Wachpersonal, Stationsapotheker) zum Schutz der Patienten/innen vor Infektionen durch Personal

**Ärztinnen/Ärzten, die in „Chirurgischen Kliniken“ operativ tätig sind oder sein werden, studentische Hilfskräfte, die zur OP‑Assistenz in einer „Chirurgischen Klinik“ eingestellt werden** sowie alle **Zahnärzte/innen** zum Schutz der Patienten/innen vor Infektionen durch Personal

**Führen von Kraftfahrzeugen** (einschließlich Gabelstapler, Kräne oder landwirtschaftliche Fahrzeuge)

Fahrzeug/e bitte angeben:        Personentransport

**Arbeitsmedizinische Vorsorge**

**Infektionsgefährdung**

z. B. für Beschäftigte, die direkten Patientenkontakt oder Kontakt zu infektiösem Material oder Abfall haben.   
Dazu können auch Labormitarbeiter/innen, Betriebstechniker, Kita-, Reinigungs-, Küchen- und Wäschereimitarbeiter/innen gehören.

**Hautbelastende Tätigkeiten**

z. B. für Beschäftigte, die häufig Hände waschen oder desinfizieren, länger (≥ 2 Std./Tag) Handschuhe tragen oder Feuchtarbeiten bzw. stark schmutzende Tätigkeiten ausführen

**Umgang mit Gefahrstoffen**

z. B. bei Überschreitungen der Arbeitsplatzgrenzwerte  
Gefahrstoffe bitte auflisten:

**Strahlenschutzverordnung** Kat. A Personen\*

**\*** Auskunft darüber, an welchen Arbeitsplätzen eine Überwachung nach Kategorie A erfolgen muss, erteilt der Strahlenschutzbeauftragte des entsprechenden Bereichs.

**Für die ärztliche Beurteilung ist die Vorlage des** [**Strahlenschutzexpositionsformulars**](https://www.umg.eu/fileadmin/user_upload/Angaben_zur_Strahlenexposition.pdf) **mit den Angaben des zuständigen Strahlenschutzbeauftragten erforderlich.**

**Bitte dem Antrag beifügen. Das Strahlenexpositionsformular finden Sie auch auf der UMG-Homepage unter Personal A-Z 🡪 Einstellung.**

**Aufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen** ggf. schon bei der Einstellung, wenn ein späterer Auslandsaufenthalt, z. B. in den Tropen, geplant ist

Reiseland bitte benennen:

**Führen von Kraftfahrzeugen**

z. B. für Beschäftigte, die Kraftfahrzeuge, Gabelstapler oder landwirtschaftliche Fahrzeuge bedienen oder Personen transportieren Fahrzeug/e bitte auflisten:

**Lärmbelastung**

für Beschäftigte, die in Arbeitsbereichen tätig sind, in denen der Tageslärmexpositionspegel Lex,8h = 80 dB(A) überschritten ist

**Belastung der Atemwege**

für Beschäftigte, die am Arbeitsplatz gegenüber Allergenen (z. B. Tierhaaren), chemisch-irritativen, allergenen oder toxischen Gefahrstoffen exponiert sind, die auf die Atemwege einwirken

Gefahrstoffe bitte auflisten:

Weitere Informationen:

Stabsstelle Betriebsärztlicher Dienst

Robert-Koch-Straße 40

37075 Göttingen

Telefon: 0551/39-60120

Fax 39-60140

Telelift 194

**Tragen von Atemschutzgeräten**

Atemschutzgerät/e bitte benennen:

**Bildschirmarbeitsplatz**

z. B. für Beschäftigte, die täglich bei einem nicht unwesentlichen Teil

ihrer normalen Arbeit ein Bildschirmgerät benutzen

**Sonstige Untersuchung** wegen folgender Gefährdung

Bitte näher erläutern:

**Ergänzung der Personalabteilung:**

Sachbearbeiter/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Az: G3-21\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Tätigkeitsdarstellung mit Gefährdungsbeurteilung liegt bei.