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

Einrichtung

zuständig bei Rückfragen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durchwahl:       Göttingen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name)

 [x]  Zutreffendes bitte ankreuzen

**Universitätsmedizin Göttingen**

**Personalabteilung**

# G3-21

**Antrag auf Verlängerung des Beschäftigungsverhältnisses einer**

**[ ]  wissenschaftlichen Hilfskraft**

**[ ]  studentischen Hilfskraft (zur Unterstützung in Lehre und Forschung)**

Ich bitte,

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

für die Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mit einer Arbeitszeit von durchschnittlich       Stunden im Monat als  Hilfskraft **zu verlängern**.

Die Hilfskraft arbeitet **in o.g. Zeitraum** an       Werktagen.

Die Vergütung soll erfolgen aus:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Planmitteln** | [ ]  | **Drittmitteln** | [ ]  | Mittel aus **Studiengebühren / Studienqualitätsmitteln** | [ ]  | Modul |
|  | Kostenstelle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Kostenstelle13\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Kostenstelle165\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 89\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (**bitte** **Kopie d. Bewilligungsbescheides beifügen**) |  |  |  |  |

**Der wissenschaftlichen / studentischen Hilfskraft sollen folgende unselbständige Aufgaben übertragen werden,
die zugleich Befristungsgrund für den Arbeitsvertrag sind und in dem o.a. Antragszeitraum erledigt werden können:**

[ ]  Mitwirkung/Unterstützung des Lehrpersonals bei der Durchführung von Lehrveranstaltungen
 (einschl. Vor- und Nachbereitung)

[ ]  Mitwirkung/Unterstützung des wissenschaftlichen Personals bei Forschungsvorhaben

[ ]  Durchführung von Unterricht in kleinen Gruppen (Tutorien) und/oder Korrektur von Studien- und Prüfungsleistungen

[ ]  Übernahme von Arbeiten des freigestellten Modulassistenten

[ ]

............................................................................................................................................... ………………………………………………………………………………………….

Unterschrift Direktorin/Direktor/Leiterin/ Leiter der Einrichtung Unterschrift Modulkoordinator/in