

An die/ den
Vorsitzenden der Mitarbeitervertretung
der Evang. Altenhilfe

Vollzug des Mitarbeitervertretungsgesetzes
Mitbestimmung in Personalangelegenheiten

Sehr geehrte Frau/ Herr Vorsitzende/ r der Mitarbeitervertretung,

zu folgender Maßnahme beantragen wir die schriftliche Zustimmung der Mitarbeitervertretung:

Einstellung **Kündigung** **Eigenkündigung** **Änderung DV** **Stellenumfang**

Sonstiges

Von Frau / Herr geb:

zum: als:

Einsatz als:

- exam. Pflegekraft PflegehelferIn-1jähr. PflegehelferIn FSJ
 BetreuungsassistentIn Azubi Prakt. geringf. Besch. 1€-Job-Kraft
 Verw. Angest. Haustechnik Wäscherei KüchenhelferIn Koch/Köchin

Einsatzort: Ludwigshafen Altrip Römerberg Zentralverwaltung

in Entgeltgruppe: in Stufe: Stellenumfang:

Stellenumfang von %

Änderung des bisherigen Stellenumfangs von % **auf** %

ab Monat

bis Monat

befristet mit Sachgrund:

Ersatz für wen:

befristet bis

unbefristet

Mit freundlichen Grüßen

Ludwigshafen, den

.....
Geschäftsführung

.....
Personalabteilung

.....
Pflegedienstleitung

Die Mitarbeitervertretung ist damit einverstanden/ nicht einverstanden, dass Sie die oben bezeichnete Maßnahme durchführen.

Ludwigshafen, den

.....
Vorsitzende/ r der Mitarbeitervertretung

Freigabe/ GF	Geprüft/ QMB	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	QM 2.1	Dezember 2022	Seite 1 von 1