

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 <input type="text"/> % Änderung des bisherigen Stellenumfangs von <input type="text"/> % auf <input type="text"/> % ab Monat <input type="text"/> bis Monat <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> befristet mit Sachgrund: <input type="text"/> Ersatz für wen: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 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