

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	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	QM 2.2	Oktober 2024	Seite 1 von 1