

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-1jäh.
 ☐ 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	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	QM 2.2	Oktober 2024	Seite 1 von 1