**Pflegefreistellung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Dienstnehmerin/des Dienstnehmers | Vers.Nr. |

Ich teile mit, dass ich wegen der notwendigen Pflege meiner/meines

|  |
| --- |
| \*) |

\*) Hier ist der Name und die Art des Angehörigenverhältnisses anzuführen,

z. B. „Sohnes N.N.“ oder „Mutter N.N.“

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| die/der meinem Haushalt angehört,   am | von       bis | |
| vom | | bis einschließlich |

an der Dienstleistung verhindert war.

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der entfallenen Stunden in diesem Zeitraum: |  |

gilt nur für Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer aus dem Bereich Lehre

Ich nehme zur Kenntnis, dass wahrheitswidrige Angaben dienstrechtliche Konsequenzen haben.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | …………………………………………………………………. |
|  | Unterschrift der Dienstnehmerin/des Dienstnehmers |

|  |  |
| --- | --- |
| **Von der Personalabteilung (A2) auszufüllen** | |
| SAP: ………………………………………… | Personalakt: ………………………………………………. |