**Antrag auf Entlastungstage nach § 6 Ziffer 3 TVE NRW im Modell 4**

An Universitätsklinikum Essen

Dezernat 01.5 Arbeitszeitmanagement

Hufelandstrasse 55

45147 Essen

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Antragsstellers/ der Antragstellerin |  |
| Vorname |  |
| Personalnummer |  |
| Bereich und Tätigkeit |  |

**Antrag auf 3 pauschale Entlastungstage für 2024**

Davon als freier Entlastungstag (maximal 3)

1. am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Davon zur Auszahlung:

(Zahl der Tage, die nicht als freie Tage beantragt wurden, maximal 3.)

Für den Fall, dass die Wahl von Entlastungstagen auf Fristgründen nicht mehr möglich ist, beantrage ich für alle Tage die Auszahlung.

Datum und Unterschrift Antragsteller\*in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_