

Düsseldorf, den _____

Tel.: _____

Zentrum/Institut/Klinik (Name; ggf Stempel)

- Über die Vorsitzende/den Vorsitzenden der Kommission zur Verteilung der Stunden für stud. und wiss. Hilfskräfte (siehe Kasten)
- Über die Dekanin/den Dekan der Med. Fakultät
(Ziffer 1. und 2. entfällt bei Finanzierung über Drittmittel)
- An die Personalabteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf – D01.3.1 -

Herr St. Kieslich
Klinik für Allgemeine Pädiatrie,
Neonatologie u. Kinderkardiologie
Geb. 13.43 / Etage 01 / Raum 32

Betrifft: Einstellung stud. Hilfskraft
Antrag auf Weiterbeschäftigung einer wiss. Hilfskraft
 Wiedereinstellung wiss. Hilfskraft mit Bachelor

für die Zeit vom _____ bis _____

mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von ___ Std. (max.17 Std./ min.3 Std.) Gesamtstundenzahl: _____

Name:	Vorname:
Anschritt und Telefonnummer	
Geburts-Datum	

für die Lehrveranstaltung: _____
(Bezeichnung der Lehrveranstaltung, Nr. der Veranstaltung lt. Vorlesungsverzeichnis)

für Dienstleistungsaufgaben: _____
(kurze Angaben zur zu verrichtenden Tätigkeit)

Die stud./wiss. Hilfskraft wird:

- Umgang mit Stoffen nach der Gefahrstoffverordnung haben? ja nein
- Im Röntgen-/Strahlenschutzbereich eingesetzt? ja nein
- mit Infektösem- oder Infektionsverdächtigem zu tun haben? ja nein
- im Laborbereich eingesetzt? ja nein
- in Sektionsräumen tätig? ja nein
- in der stationären-/ambulanten Krankenversorgung eingesetzt? ja nein

es wird ein Journal über die Anwesenheit geführt.

Die Beschäftigung erfolgt an folgenden Wochentagen:

Montag:	von	bis	Uhr
Dienstag:	von	bis	Uhr
Mittwoch:	von	bis	Uhr
Donnerstag:	von	bis	Uhr
Freitag:	von	bis	Uhr

mit Tutorentätigkeit im Umfang von ___ Stunden wöchentlich.

für: _____
(Art des Tutoriums s. §1 Abs. 3 Buchst. a-g der Dienstverträge für stud./wiss. Hilfskräfte)

Falls nicht aus Hilfskraftstunden-Kontingent der Med. Fakultät, Finanzierung durch:

Drittmittel _____ freie wiss. Stelle: _____
(Projektbezeichnung) (Stellenbezeichnung)

einverstanden nicht einverstanden

Unterschrift der Zentrums-/Instituts-/Kliniksdirektion

Datum

Genehmigung Dekanat