

Name, Vorname

Abteilung

☐ St. Elisabethen-Klinikum ☐ Westallg.-Klinik. Wangen

Anzeige einer Nebentätigkeit Antrag auf Genehmigung / Änderung einer Nebentätigkeit

1. Ich übe eine Nebentätigkeit seit/ab dem _____ aus.
2. Die Nebentätigkeit wurde bereits angezeigt / genehmigt. ☐ ja ☐ nein
3. Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. des Kostenträgers

4. Beschreibung der Nebentätigkeit

5. Zeitliche Inanspruchnahme der Nebentätigkeit
Stunden pro Woche _____ Stunden im Monat _____
6. Die Nebentätigkeit wird ☐ entgeltlich ausgeübt ☐ unentgeltlich ausgeübt
7. Die Bruttovergütung beträgt ☐ bis zu € 603,- pro Monat ☐ mehr als € 603,- pro Monat
8. Im Rahmen der Nebentätigkeit werden Einrichtungen/Personal/Material etc. der
Oberschwabenklinik gGmbH in Anspruch genommen ☐ nein ☐ ja
wenn ja, nähere Angaben:

9. Mir ist bekannt, dass durch die Ausübung einer Nebentätigkeit die ordnungsgemäße Erfüllung meiner arbeitsrechtlichen Pflichten nicht beeinträchtigt werden darf.

Ich verpflichte mich, künftig vor Ausübung einer Nebentätigkeit eine Genehmigung des Arbeitgebers einzuholen, die Nebentätigkeit anzuzeigen und jede Veränderung unaufgefordert mitzuteilen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zur Kenntnis genommen: _____

Unterschrift Vorgesetzte(r) (OSK)

Rückantwort Personalabteilung

Die Nebentätigkeitserlaubnis für die o. g. Tätigkeit wird widerruflich erteilt. ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____