

Arbeitszeitdokumentation			Monat / Jahr: /			
Name des Mitarbeiters/de	r Mitarbeiterin	:				
Personalnummer:		GF: □ UB: □				
Institut/Organisationseinh	eit:					
Vertraglich vereinbarte Ar		Stundensatz: €				
Tätigkeit (Stichwort, Projekt)	Datum	Beginn	Ende	Pause	Arbeitszeit ¹	
	(tt.mm.jj)	(hh:mm)	(hh:mm)) (hh:mm)	(hh:mm)	
1						
1						
				ub anteilig:		
		Summe: monatliche Soll-Arbeitszeit: Übertrag vom Vormonat: Übertrag in den Folgemonat:				
Ich bestätige die Richtigkeit der A	ngaben:					
Nach § 17 Mindestlohngesetz mer/innen u.a. Beginn, Ende und Jahre am Ort der Beschäftigung a	Dauer der täglich	en Arbeitszeit a		nd kurzfristig beschä		
		g	geprüft:			

¹ Summe in vollen Stunden und Minuten ohne Pause (Std:Min); bei Abwesenheit können auch folgende Kürzel eingetragen werden: U=Urlaub, K=Krankheit, F=Feiertag, S=Sonstiges