

Arbeitszeitdokumentation nach § 17 Mindestlohngesetz

				2	
Name des Mita	rbeiters/der Mita	rbeiterin:			
Personalnumm	er:				
	*		GF:	UB:	
Institut/Organisationseinheit: Vereinbarte monatliche Stunden: Monat/Jahr:			ITEP		
			-		
Datum (Tag)	Beginn (Uhrzeit)	Dauer d	er Pause	Ende (Uhrzeit)	Dauer der Arbeitszeit (Summe in vollen Stun- den und Minuten, ohne Pause)
	08.00			12.00	4
	13.00			17.00	4
	14.00			16.00	2
	08.00			12.00	4
	13.00			14.00	1
	12.00			17.00	5
	09.00			13.00	4
	14.00			17.00	3
	08.00			12.00	4
	13.00			18.00	5
	10.00		-	15.00	5
	10.00	***		12.00	2
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	19.00			15.00	.5
-		8		Summe:	48
Ich bestätige die R	ichtigkeit der Angal	ben:		Datum, Untersch	rift Beschäftigte/r
Arbeitnehmer u.a.	stlohngesetz (Mil Beginn, Ende und I e am Ort der Besch	Dauer der tä	glichen Arbe	eitszeit aufgezeich	nd kurzfristig beschäftigte net und für Kontrollzwecke
Für die Richtigkeit:			Da	atum, Institutsleite	r/in / OE-Leiter/in