

## Arbeitszeitdokumentation nach § 17 Mindestlohngesetz

				į.	
Name des Mita	rbeiters/der Mita	rbeiterin:			r e
Personalnumm	ner:				
	9		GF:	UB:	
Institut/Organisationseinheit: Vereinbarte monatliche Stunden: Monat/Jahr:			ITEP 48 <b>Stundensatz:</b> €		
			wonaboam.	-	
<b>Datum</b> (Tag)	<b>Beginn</b> (Uhrzeit)	Dauer d	er Pause	Ende (Uhrzeit)	Dauer der Arbeitszeit (Summe in vollen Stun- den und Minuten, ohne Pause)
-	12.00			15.00	3
	09.00			14.00	3
201	14.00			18.00	4
	08.00			12.00	4
	13.00			17.00	4
	13.00			17.00	4
	09.00			13.00	4
	14.00			17.00	3
	09.00			13.00	4
	14.00 12.00			16.00 17.00	2 5
	10.00			14.00	4
	11.00	-		15.00	4
			4	Summe:	48
Ich bestätige die F	Richtigkeit der Angat	oen:		Datum, Unterschri	ft Beschäftigte/r
Arbeitnehmer u.a.	estlohngesetz (MiL Beginn, Ende und I re am Ort der Besch	Dauer der tä	glichen Arbe	eitszeit aufgezeichn	d kurzfristig beschäftigte et und für Kontrollzwecke
Für die Richtigkeit	: ", ,		Da	atum, Institutsleiter/	in / OE-Leiter/in