

Arbeitszeitdokumentation nach § 17 Mindestlohngesetz

Name des Mita	rbeiters/der Mita	rbeiterin:			
Personalnumm	er:		-		
	y		GF:	UB:	(4)
Institut/Organisationseinheit: Vereinbarte monatliche Stunden:			ITEP 48 Stundensatz: €		
	-	- W	92		
Datum (Tag)	Beginn (Uhrzeit)	Dauer d	er Pause	Ende (Uhrzeit)	Dauer der Arbeitszeit (Summe in vollen Stun- den und Minuten, ohne Pause)
	12.00			16.00	4
	09.00			13.00	4
	14.00			16.00	1
	08.00		140	12.00	4
	13.00			17.00	4
	13.00			18.00	5
	09.00		-	13.00	4
	14.00			17.00	3
	09.00 14.00			13.00 17.00	4 3
	12.00			15.00	3
	10.00 11.00			15.00 14.00	5
		,		Summe:	48
Ich bestätige die R	tichtigkeit der Angal	ben:		Datum, Unterschri	ft Beschäftigte/r
Arbeitnehmer u.a.	e stlohngesetz (Mil Beginn, Ende und I e 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