

Arbeitszeitdokumentation nach § 17 Mindestlohngesetz

				ii.	
Name des Mita	rbeiters/der Mita	rbeiterin:			
Personalnumm	er:		// 		
	*		GF:	UB:	
Institut/Organisationseinheit: Vereinbarte monatliche Stunden:			ITEP Stundensatz: €		
-					
Datum (Tag)	Beginn (Uhrzeit)	Dauer d	ler Pause	Ende (Uhrzeit)	Dauer der Arbeitszeit (Summe in vollen Stun- den und Minuten, ohne Pause)
12.1	12.00			15.00	3
13.1	09.00			14.00	3
16.1	14.00			18.00	4
19.1	08.00			12.00	4
19.1	13.00			17.00	4
20.1	13.00			17.00	4
23.1	09.00	*	-	13.00	4
23.1	14.00			17.00	3
25.1	09.00			13.00	4
25.1 26.1	14.00 12.00			16.00 17.00	2
					5
27.1	10.00			14.00	4
30.1	11.00			15.00	4
		5		Summe:	48
Ich bestätige die R	ichtigkeit der Angal	ben:		Datum, Unterschri	ft Beschäftigte/r
Arbeitnehmer u.a.	stlohngesetz (Mil Beginn, Ende und I e am Ort der Besch	Dauer der tä	iglichen Arbe	eitszeit aufgezeichn	d kurzfristig beschäftigte et und für Kontrollzwecke
Für die Richtigkeit:	* .		Da	atum, Institutsleiter/	in / OE-Leiter/in