

## Arbeitszeitdokumentation nach § 17 Mindestlohngesetz

Name des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin:					
Personalnummer:					
	,		GF:	UB:	
Institut/Organisationseinheit:			ITEP		
Vereinbarte monatliche Stunden:			48 Stundensatz: €		
Monat/Jahr:	onat/Jahr: Oktober/2015		40		
,					
<b>Datum</b> (Tag)	Beginn (Uhrzeit)	Dauer de	er Pause	Ende (Uhrzeit)	Dauer der Arbeitszeit (Summe in vollen Stun- den und Minuten, ohne Pause)
01.10	10.00			16.00	6
02.10	10.00			14.00	4
08.10	10.00			14.00	4
08.10	15.00			18.00	3
09.10	12.00			16.00	4
15.10	10.00			14.00	4
16.10	10.00		*	16.00	6
22.10	10.00			13.00	3
22.10	14.00			17.00	3
23.10	11.00			16.00	5
29.10	10.00			16.00	6
		2.0			
, v -					
Summe:48					
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:  Datum, Unterschrift Beschäftigte/r					
Arbeitnehmer u.a.	e <b>stlohngesetz (MiLc</b> Beginn, Ende und Da re am Ort der Beschä	auer der täg	glichen Arbe	eitszeit aufgezeichn	nd kurzfristig beschäftigte et und für Kontrollzwecke
Für die Richtigkeit	:		Da	atum, Institutsleiter/	in / OE-Leiter/in