

Arbeitszeitdokumentation nach § 17 Mindestlohngesetz

Name des Mitar	beiters/der Mita	rbeiterin:			
Personalnumm	er:				
	¥		GF:	UB:	
Institut/Organisationseinheit: Vereinbarte monatliche Stunden:			ITEP Stundensatz: €		
_	-		8		
Datum (Tag)	Beginn (Uhrzeit)	Dauer d	er Pause	Ende (Uhrzeit)	Dauer der Arbeitszeit (Summe in vollen Stun- den und Minuten, ohne Pause)
2.02	12.00			16.00	4
3.02	09.00			13.00	4
3.02	14.00			17.00	3
9.02	08.00			12.00	4
9.02	13.00		. 33	17.00	4
10.02	13.00			17.00	4
16.02	09.00		- A	13.00	4
16.02	14.00			17.00	3
23.02	09.00			13.00	4
23.02	14.00			17.00	3
24.02	12.00			16.00	4
27.02 28.02	10.00 11.00			14.00 14.00	3
				Summe:	48
Ich bestätige die R	ichtigkeit der Anga	ben:		Datum, Unterschri	ft Beschäftigte/r
Nach § 17 Minde Arbeitnehmer u.a. I mindestens 2 Jahre	Beginn, Ende und I	Dauer der tä	glichen Arbe	eitszeit aufgezeichn	d kurzfristig beschäftigte et und für Kontrollzwecke
Für die Richtigkeit:	e		Da	atum, Institutsleiter/	in / OE-Leiter/in