**Z E I T A U S G L E I C H**

**Name, Vorname**

Dauer des gewünschten Zeitausgleichs:

Am       /vom       bis       =       Arbeitstag(e)

Eine qualifizierte Aufgabenerfüllung während der Funktionszeit ist nach Absprache im Team sichergestellt, insbesondere durch

      gesehen:

      gesehen:

      gesehen:

Datum

 Unterschrift der Beschäftigten / des Beschäftigten