

Ihre Adresse
Name
ggf. Abteilung/Personalnummer
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Anschrift Arbeitgeber
Name
Firma
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

[Ihr Ort], [Datum]

Antrag auf zeitlich begrenzte Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit

Sehr geehrte(r) *Frau/Herr [Name Arbeitgeber]*,

ich beziehe mich auf § 9a TzBfG und beantrage hiermit eine Verringerung meiner wöchentlichen Arbeitszeit von derzeit *[aktuelle Stundenzahl, z.B. 38]* Stunden auf zukünftig *[gewünschte zukünftige Stundenzahl, z.B. 25]* Stunden, beginnend ab dem *[Datum Beginn der Brückenteilzeit, z.B. 01.07.2019]* bis zum *[Datum Ende der Brückenteilzeit, z.B. 30.06.2021]*.

Die verkürzte Arbeitszeit von *[gewünschte zukünftige Stundenzahl, z.B. 25 Stunden]* sollte sich so verteilen, dass ich *[Beschreibung der gewünschten Zeitverteilung, z.B. von Montag bis Freitag von 8 bis 13 Uhr]* arbeite.

Bitte lassen Sie mir eine schriftliche Bestätigung zukommen. Gern stehe ich Ihnen auch für ein klärendes Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

-- Unterschrift --

[Ihr Name]