

GESUCH UM ERMÄCHTIGUNG-DIENSTABWESENHEITEN

Der/Die Unterfertigte _____

Angestellt bei der ABTEILUNG _____

DIENSTSTELLE _____

ersucht

für insgesamt _____ Tage und zwar vom _____ bis zum _____ inbegriffen.

oder

am _____ von _____ Uhr bis _____

vom Dienst fernzubleiben

Den untenstehenden Teil für Dienstreisen ausfüllen (Dienstreisen u. Kurse außerhalb der Gemeinde):

Ort _____ Vom _____ Bis zum _____

Dauer des Kurses von _____ Uhr bis _____ Uhr/Mittagspause von _____ Uhr bis _____ Dauer des Kurses von _____

Und zwar aus dem nachstehend angeführten Grund:

ABWESENHEITSMELDUNG

- SMWVEN Smartworking am Freitag Nachmittag
- Verspätung
- gewöhnlicher Urlaub
- Außendienst (**Reisezeiten, eventuelle Wartezeiten für öff. Transportmittel und effektive Arbeitsstunden getrennt angeben**)
- Erlaubnis für ärztliche Visite (**ärztliches Zeugnis beilegen und Eigenerklärung ausfüllen – siehe Rückseite**)
- Blutspende (**Bestätigung beilegen**)
- Unpässlichkeit
- Überstundenausgleich
- Überstundenausgleich für Bereitschaftsdienst
- persönliche Gründe (36 St.)
- Ausgang aus Dienstgründen
- Tägliche Ruhepausen (ehemalige Stillpause)
- Sonderurlaub Wegen Krankheit der Kinder (**60 Tg. Für Kinder bis zu 12 Jahren, ärztl. Zeugnis des Kindes beilegen und Eigenerklärung ausfüllen- siehe Rückseite**)
- Sonderurlaub wegen Heirat
- Sonderurlaub aus anderen, schwerwiegenden Gründen (**5 Tage jährlich**)
- Sonderurlaub für die Teilnahme an Wettbewerben, Prüfungen und Eignungsprüfungen
- Krankheit
- Sonderurlaub Todesfall (**Eigenerklärung mit den Identifikationdaten der verstorbenen Person und mit dem Datum der Beerdigung beilegen**)
- Zusätzlicher Urlaub für psychophysische Erholung
- Sonderurlaub für Kommissionsmitglieder
- Sonderurlaub Wahldienst
- Zeitausgleich für Wahlfunktionen
- Gewerkschaftsurlaub
- Studienermächtigung 150 Stunden (**Anzahl der in Anspruch genommenen Stunden angeben**)
- Ermächtigung laut Gesetz Nr. 104/1992 (Begünstigungen für Invaliden oder für die Betreuung von Invaliden)- Höchstens 3 Tage monatlich
- Ermächtigung laut Gesetz Nr. 104/1992 u. G.D. Nr. 34/2020 - **Erhöhung** höchstens weitere 12 Tagen vom 01.05.2020 bis zum 30.06.2020
- Weiterausbildungskurs (**Stundenplan des Kurses, Dauer der Mittagspause und- falls außerhalb der Gemeinde Reisezeiten und eventuelle Wartezeiten für öffentl. Transportmittel angeben**)
- Andere Gründe
- Ausgleichsruhetag für die Arbeit an einem Feiertag / am wöchentlichen Ruhetag (Samstage, Sonntage und /oder Feiertage unter der Woche)

Während der Abwesenheit wird sie/er von _____ vertreten.

DER ANTRAGSTELLER

DER/DIE ABTEILUNGSLEITER/IN ODER VORGESETZTE

Bozen, den _____

EIGENERKLÄRUNG ZUR ERMÄCHTIGUNG VON ÄRZTLICHEN VISITEN WÄHREND DER ARBEITSZEIT

(nach eventuellem Gespräch der betroffenen Bediensteten mit der/dem direkten Vorgesetzten in Beachtung des Datenschutzgesetzes)

Der/Die Unterfertigte..... er sucht um Ermächtigung der ärztlichen Visite während der Arbeitszeit mit folgender Begründung:

<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> die Öffnungszeiten der Arztpraxis entsprechen der eigenen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> der Termin wurde von einer Sanitäts- oder Krankenhauseinrichtung zugeteilt	<input type="checkbox"/> Schwierigkeit, den Termin zu einer anderen Uhrzeit zu vereinbaren (unten stehende Erklärung ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> anderes (<i>angeben</i>)

ERKLÄRUNG ANSTELLE DER NOTORIETÄTSURKUNDE

(Art. 47 D.P.R. 445 vom 28/12/2000)

Alle, in der vorliegenden Erklärung enthaltenen Angaben entsprechen den Bestimmungen des D.P.R. 445/2000 in geltender Fassung. Sollte bei Kontrollen die Unwahrhaftigkeit des Inhaltes der vorliegenden Erklärung festgestellt werden, so verliert die erklärende Person alle Begünstigungen, die aufgrund der anhand der unwarhen Erklärungen verfassten, Verwaltungsmaßnahme erlangt wurden. In Anwendung des gesetzvertreten Dekretes 196/2003 wurde ich über die Verwendung meiner personenbezogenen Daten und genauer über die Bearbeitung derselben im notwendigen Rahmen zur Erlangung der institutionellen Zwecke informiert. Ich wurde weiter in Kenntnis gesetzt und bin mir bewusst, dass unwahre Erklärungen im Sinne des Art. 76 des DPR vom 28.12.2000, Nr. 445 strafrechtlich geahndet werden.

Der/Die Unterfertigte erklärt, dass es nicht möglich war, für die ärztliche Visite einen Termin außerhalb der eigenen Arbeitszeit zu vereinbaren.

DATUM

UNTERSCHRIFT DER ERKLÄRENDEN PERSON *

*Als Alternative zur Unterzeichnung im Beisein des zuständigen Bediensteten kann eine Kopie des Identitätsausweis beigelegt werden.

Ich bestätige, dass die vorliegende Erklärung in meiner Gegenwart unterzeichnet worden ist.

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ZUSTÄNDIGEN BEDIENSTETEN

EIGENERKLÄRUNG ZUR INANSPRUCHNAHME DES SONDERURLAUBES WEGEN KRANKHEIT DER KINDER BIS ZUM 12. LEBENSJAHR

ERKLÄRUNG ANSTELLE DER NOTORIETÄTSURKUNDE

(Art. 47 D.P.R. 445 vom 28/12/2000)

Alle, in der vorliegenden Erklärung enthaltenen Angaben entsprechen den Bestimmungen des D.P.R. 445/2000 in geltender Fassung. Sollte bei Kontrollen die Unwahrhaftigkeit des Inhaltes der vorliegenden Erklärung festgestellt werden, so verliert die erklärende Person alle Begünstigungen, die aufgrund der anhand der unwarhen Erklärungen verfassten, Verwaltungsmaßnahme erlangt wurden. In Anwendung des gesetzvertreten Dekretes 196/2003 wurde ich über die Verwendung meiner personenbezogenen Daten und genauer über die Bearbeitung derselben im notwendigen Rahmen zur Erlangung der institutionellen Zwecke informiert. Ich wurde weiter in Kenntnis gesetzt und bin mir bewusst, dass unwahre Erklärungen im Sinne des Art. 76 des DPR vom 28.12.2000, Nr. 445 strafrechtlich geahndet werden.

Der/Die Unterfertigte er sucht um Inanspruchnahme des gegenständlichen Sonderurlaubes vom _____ bis zum _____ für _____ Tage/Stunden zur Pflege des Sohnes/der Tochter _____ geboren am _____.

Zu diesem Zweck erklärt er/sie, dass der andere Elternteil keinen gleichzeitigen Sonderurlaub aus demselben Grund in Anspruch nimmt..

Eventuelle Zeiträume, die vom anderen Elternteil als Sonderurlaub wegen Krankheit der Kinder zur Pflege des Sohnes/der Tochter

in Anspruch genommen worden sind:

VOM	BIS ZUM	ARBEITGEBER

DATUM

UNTERSCHRIFT DER ERKLÄRENDEN PERSON *

*Als Alternative zur Unterzeichnung im Beisein des zuständigen Bediensteten kann eine Kopie des Identitätsausweis beigelegt werden.

Ich bestätige, dass die vorliegende Erklärung in meiner Gegenwart unterzeichnet worden ist.

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ZUSTÄNDIGEN BEDIENSTETEN