



## Stellungnahme der/des Dienstvorgesetzten

Die Voraussetzungen für die Einrichtung eines Telearbeitsplatzes werden von der Beschäftigungsstelle und der/dem Antragsteller/in erfüllt.

- ja
- nein

Begründung:

Frau/Herr \_\_\_\_\_

wird an seiner häuslichen Arbeitsstelle folgende Aufgaben wahrnehmen:

Die wöchentliche Arbeitszeit verteilt sich wie folgt:

	v.H.	Tage
Häusliche Arbeitsstätte		
Beschäftigungsstelle		

Frau/Herr \_\_\_\_\_

ist über den Inhalt der Dienstvereinbarung über die Alternierende Telearbeit am \_\_\_\_\_ unterwiesen worden.

---

Datum

Dienstvorgesetzte/r

---

Leiter/in der Beschäftigungsstelle  
(z.B. Abteilungsleiter/in, Institutsdirektor/in, Leiter/in ZE)

An

- Personalabteilung
- Verwaltungsleiterin/ Verwaltungsleiter
- ggf. Frauenbeauftragte
- ggf. Vertrauensperson der Schwerbehinderten
- Personalvertretung
- Beschäftigte/r
- Kopie an Behördliche Datenschutzbeauftragte/n