

# Antrag auf Zeitausgleich

**Wichtiges Dokument  
Bitte sofort zurücksenden**

Hiermit stelle ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

## einen Antrag auf Zeitausgleich

vom: **BEGINN** (erster Tag) bis: **ENDE** (letzter Tag)

### Anmerkungen:

Beantragen Sie Ihren Zeitausgleich bitte im Vorfeld und reichen dieses Formular unterschrieben ein.

Bitte prüfen Sie vorher ob Ihr Arbeitszeitkonto genügend Stunden aufweist.

Wir gehen davon aus, dass Sie den geplanten Zeitraum in Ihrem Kundenunternehmen abgesprochen haben.

Eigenmächtiger Zeitausgleichsantritt wird als grobes Fehlverhalten angesehen und kann zu einer fristlosen Kündigung führen.

Ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit während des Freizeitausgleiches verlängert diesen nicht.

Eine Bestätigung unsererseits ist nicht erforderlich. Falls Sie diese wünschen oder Fragen zu Ihrem Arbeitszeitkonto haben, rufen Sie gerne das Team aus unserer Verwaltung unter 0511 / 696848-97 an oder schreiben eine Mail an [verwaltung@tina-voss.de](mailto:verwaltung@tina-voss.de).

Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Unterschrift Kunde/Entleiher