|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Telefonnummer** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail-Adresse** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **An die**  Bezirksregierung Arnsberg  Dezernat 56.5 | **Anschrift**  Seibertzstraße 1  59821 Arnsberg |
| **per Fax an:**  (02931) 82-3779 |
| **per E-Mail an:**  poststelle@bezreg-arnsberg.nrw.de |

**Antrag auf Ausnahme vom Mutterschutzgesetz (MuSchG)**

|  |
| --- |
| **gemäß § 28 (1) MuSchG von § 5 (1) MuSchG für die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr**  Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:  Einverständniserklärung der werdenden/ stillenden Mutter  Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses, dass nichts gegen diese Beschäftigung bis 22 Uhr spricht.  Erklärung des Arbeitgebers, dass keine unverantwortbare Gefährdung durch Alleinarbeit gegeben ist.  Dokumentation der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 14 (1) MuSchG |

|  |
| --- |
| **gemäß § 29 (3) Nr. 1 MuSchG**  von § 5 (1) Satz 1 MuSchG für die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau in der Zeit nach 22.00 Uhr  von § 5 (2) Satz 1 MuSchG für die schulische oder hochschulische Ausbildung einer schwangeren oder stillenden Frau in der Zeit nach 22.00 Uhr  von § 4 (1) MuSchG über Mehrarbeit einer schwangeren oder stillenden Frau  Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:  Ausführliche Begründung für das Erfordernis des Ausnahmeantrags durch den Arbeitgeber/ die Ausbildungsstelle  Einverständniserklärung der werdenden/ stillenden Mutter  Vorlage eines ärztliches Zeugnis, wonach nichts gegen die Beschäftigung bis zur beantragten Uhrzeit spricht  Erklärung des Arbeitgebers/ der Ausbildungsstelle, dass keine unverantwortbare Gefährdung durch Alleinarbeit gegeben ist  Dokumentation der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 14 (1) MuSchG |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zur schwangeren oder stillenden Frau** | | |
| Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Geburtsdatum  Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Voraussichtlicher Entbindungstermin Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | | |
| Beschäftigungsort  (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Anschrift  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Telefonnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| E-Mail-Adresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Bezeichnung des Arbeitsplatzes Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Ansprechpartner/in Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Ort, Datum Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.  Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |