|  |  |
| --- | --- |
| **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 ArnsbergDezernat 56.5 | **Anschrift**Seibertzstraße 159821 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. | AnschriftKlicken 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |