

**Antwortformular  
Dienstplanausschuss**

Kontakt über:  
Geschäftsführung: 030 - 69 04 87 10  
Betriebsrat: 030 – 83 22 42 78

**Beschwerde**

(Lf.Nr./Jahr): \_\_\_\_\_ eingegangen am (Datum, Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Kontakt: \_\_\_\_\_

Erstbeschwerde:       Zweitbeschwerde:       Drittbeschwerde:

Inhalt der Beschwerde:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Monatliche Arbeitszeit (Arbeitsvolumen): | <input type="checkbox"/> |
| Lage der Arbeitszeit – monatlich:        | <input type="checkbox"/> |
| Lage der Arbeitszeit – wöchentlich:      | <input type="checkbox"/> |
| Lage der Arbeitszeit – täglich:          | <input type="checkbox"/> |
| Länge der täglichen Arbeitszeit:         | <input type="checkbox"/> |
| Verteilung der täglichen Arbeitszeit:    | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges:                               | <input type="checkbox"/> |

Stichworte und weitere Informationen zur Beschwerde:

Verhandelt im Dienstplanausschuss am: \_\_\_\_\_

Beschwerde berechtigt:      Ja:       Nein:

Wenn ja, Einigung auf Maßnahmen:      Ja:       Nein:

Arbeitgeber/Betriebsrat\* hat auf wechselndes Letztentscheidungsrecht zurückgegriffen  
(\*nicht zutreffendes bitte streichen)

Entscheid

Abhilfe:      Aktueller Monat       Folgemonat       Folgemonate       Anderes

Maßnahmen:

Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen bis zum: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_  
(Geschäftsführung/PDL)      (Betriebsrat/Betriebsrat)