

Antragstellende Organisationseinheit

Organisationseinheit/Fakultät	Institut/Department	Arbeitsgruppe/Professur
Name, Vorname (Ansprechpartner*in)	Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Antrag auf Einstellung (studentische/wissenschaftliche Hilfskräfte)

1. Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		Geburtsdatum/-ort
Telefonnummer (mobil)	E-Mail-Adresse	Dauer der Aufenthaltsgenehmigung

1.1 Angaben zur Person (wissenschaftliche Hilfskräfte)

Höchster Hochschulabschluss	Hochschule	Staat
Jahr des Abschlusses	Studienbereich des 1. Studienfachs bzw. Studiengangs	

1.2 Angaben zur Person (studentische Hilfskräfte)

Immatrikuliert im Studiengang:
Erster berufsqualifizierender Hochschulabschluss liegt bereits vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Bitte Nachweis beifügen. Wenn noch kein Abschlusszeugnis vorliegt, bitte Bescheinigung über das Bestehen der Bachelorprüfung im Dezernat 3 beantragen und beifügen.

2. Angaben zum Arbeitsvertrag

Einstellungszeitraum (von – bis)	Arbeitszeit (Stunden monatlich)
Finanzstelle	Kostenstelle
wenn Drittmittel-Projekt, bitte genaue Projektbezeichnung	

3. Angaben zum Dienstausweis¹

Dienstausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Funktionen/Finanzierung wie bisher <input type="checkbox"/> ja; Funktionen/Finanzierung wie folgend	
<input type="checkbox"/> Zugang zu Eingangs- und Flurtüren sowie Seminarräumen	
<input type="checkbox"/> Kopieren/Drucken/Scannen Kopierbegrenzung (in Euro/Jahr)	
Finanzstelle ²	Kostenstelle

¹ Der Dienstausweis ermöglicht standardmäßig die Teilnahme an der elektronischen Zeiterfassung.

² Angabe einer Finanz- und Kostenstelle nur erforderlich, wenn sie von der unter Punkt 2 genannten abweicht.

4. Tätigkeiten

Der studentischen/wissenschaftlichen Hilfskraft obliegen gemäß § 33 NHG folgende Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Forschung <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Tutorien	
Die*der Beschäftigte hat im Rahmen der Tätigkeit Kontakt zu ionisierender Strahlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Die*der Beschäftigte wird in einem Krankenhaus eingesetzt. Einsatzort (Krankenhaus)	Besteht Patientenkontakt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name, Vorname (Einstellende*r)	Datum, Unterschrift
Name, Vorname (Finanzstellenverantwortliche*r)	Datum, Unterschrift
Bitte senden Sie das Formular an Dezernat 1, Gebäude V01.	