Drucken

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)

Ort

Datum

Staatliche Arbeitsschutzbehörde
bei der Unfallkasse Nord
Seekoppelweg 5a
24113 Kiel

Telefon: 0431 220040-10
Fax: 0431 220040-650
poststelle@arbeitsschutz.uk-nord.de

Auskünfte über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau gem. § 27 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name:

Funktion:

Telefon: E-Mail:

I. Angaben aufgrund § 27 Abs. 1 Nummer 1 Mutterschutzgesetz

Vor- und Zuname der werdenden Mutter

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Beschäftigungsart:
- ☐ Schülerin/Studentin
- ☐ Beamtin
- ☐ Sonstige Beschäftigte

II. Angaben aufgrund § 27 Abs. 2 Mutterschutzgesetz

Es ist zweckmäßig, auch die folgenden Angaben über Art und Dauer der Beschäftigung sowie Lage der Arbeitszeit der Arbeitnehmerin zu machen, damit die zuständige Aufsichtsbehörde den Arbeitgeber auf das Vorliegen von unzulässigen Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen hinweisen kann.
Die Angaben sind jedoch freiwillig, sofern Sie hierzu nicht besonders aufgefordert worden sind.

1. Beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Das Arbeitsverhältnis ist
unbefristet ☐
befristet bis

2. Heimarbeit ☐

Arbeitszeiten wöchentlichen Arbeitszeit Stunden

tägliche Arbeitszeit Stunden

Gleitzeit ☐ Sonntagsarbeit ☐

Beschäftigung zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr ☐ ja ☐ nein
(Wenn, ja ist ein Genehmigungsantrag nach § 28 MuSchG erforderlich)

Beschäftigung zwischen 22:00 Uhr und 06:00 Uhr ☐ ja ☐ nein
(Wenn, ja ist ein Genehmigungsantrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 1 erforderlich)

Diese Meldung ersetzt nicht die erforderlichen Anträge nach § 28 Abs. 1 MuSchG und § 29 Abs. 3 Nr. 1 MuSchG.

Aufgrund des Ergebnisses der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 10 Abs. 1 MuSchG in Verbindung mit § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) erfolgte:

☐ eine Änderung der Arbeitsbedingungen

☐ eine Änderung der Arbeitszeit

☐ eine Umsetzung

☐ eine teilweise Freistellung von der Arbeit

☐ eine völlige Freistellung von der Arbeit (betriebliches Beschäftigungsverbot nach § 13 MuSchG)

☐ es wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen

_____

(Unterschrift)

Telefon: 0431 220040-10 I poststelle@arbeitsschutz.uk-nord.de I Internet: http://www.arbeitsschutz.uk-nord.de