



## TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG FÜR TARIFPERSONAL

### ANLASS

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einrichtung eines Arbeitsplatzes | <input type="checkbox"/> Aufgabenänderung     | <input type="checkbox"/> Tarifvertragsänderung |
| <input type="checkbox"/> Einstellung                      | <input type="checkbox"/> Umsetzung/Versetzung | <input type="checkbox"/> Sonstiges             |

mit Wirkung vom (Datum): \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

### STELLENBESCHREIBUNG GEFERTIGT DURCH

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Einrichtung \_\_\_\_\_  
Amts-/Dienstbezeichnung \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_

### ARBEITSPLATZINHABER\*IN

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Datum der Übertragung der Tätigkeit \_\_\_\_\_

### EINGRUPPIERUNG

Vergütungsgruppe \_\_\_\_\_

### BISHERIGE EINGRUPPIERUNG

Gemäß Tätigkeitsbeschreibung vom \_\_\_\_\_  
Vergütungsgruppe \_\_\_\_\_

### ARBEITSZEIT

- ☐ Vollzeitbeschäftigt    ☐ Teilzeitbeschäftigt mit \_\_\_\_\_ v.H. der Vollzeit

### AUFGABEN DER\*DES ARBEITSPLATZINHABER\*IN

Organisationseinheit \_\_\_\_\_  
Kurze Aufgabenbeschreibung  
bzw. Aufgabenbezeichnung \_\_\_\_\_

**BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEITEN, DIE EINE BILDUNG VON ARBEITSVORGÄNGEN UND DEREN TARIFLICHE BEWERTUNG ERMÖGLICHT**

Bitte nummerieren Sie Einzeltätigkeiten fortlaufend und nutzen ggf. einen separaten Anhang für ausführlichere Angaben.

Nr.	Tätigkeit	Anteil an Gesamt- Arbeitszeit in v.H.
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____
—	_____	_____

**ORGANISATORISCHE EINGLIEDERUNG UND BEFUGNISSE DES: DER ARBEITSPLATZINHABER\*IN**

Der\*dem Arbeitsplatzinhaber\*in sind die folgenden Mitarbeiter\*innen ständig unmittelbar unterstellt

Amts-/Dienstbezeichnung, ggf. Name

Bes.-/Verg.-/Lohngruppe

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Die\*der Arbeitsplatzinhaber\*in ist unmittelbar unterstellt

Amts-/Dienstbezeichnung, ggf. Name

Bes.-/Verg.-/Lohngruppe

---

---

---

---

Die\*der Arbeitsplatzinhaber\*in vertritt:

Amts-/Dienstbezeichnung, ggf. Name

Bes.-/Verg.-/Lohngruppe

---

---

---

---

Die\*der Arbeitsplatzinhaber\*in wird vertreten durch:

Amts-/Dienstbezeichnung, ggf. Name

Bes.-/Verg.-/Lohngruppe

---

---

---

---

Die\*der Arbeitsplatzinhaber\*in hat folgende Befugnisse:

---

**QUALIFIKATION FÜR DEN ARBEITSPLATZ**

Schul- oder Hochschulausbildung, Fachprüfungen:

---

Sonstige erforderliche Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen:

---

Die Tätigkeitsbeschreibung wurde gefertigt durch:

---

Datum

Unterschrift Antragsteller\*in

---

Die Tätigkeitsbeschreibung wurde geprüft durch:

---

Datum

Unterschrift Dekan\*in/ Leiter\*in der Organisationseinheit

---