

Überlastungsanzeige

Absender*in:

Name, Vorname _____

Fachbereich / Abteilung / Institut _____

Genauere Benennung des Arbeitsplatzes _____

Beschäftigt als (Berufs- bzw. auch Funktionsbezeichnung) _____

Besoldungs- /Entgeltgruppe _____

Beschäftigungsverhältnis unbefristet / befristet bis _____

Vollzeit / Teilzeit / wöchentliche Arbeitszeit in % _____

Empfänger:

Direkte*r oder nächsthöhere*r Vorgesetzte*r

Versendet am: _____

Abschrift an

- die Abteilung Personalservices
- zuständige*r Sachbearbeiter*in _____

- den Personalrat der Goethe-Universität
- die Schwerbehindertenvertretung, soweit der*die Absender*in schwerbehindert oder gleichgestellt ist

es sei denn

- Eine Hinzuziehung des Personalrats bzw. ggf. der Schwerbehindertenvertretung ist von der*dem Absender*in ausdrücklich nicht gewünscht (*dann bitte ankreuzen*). Der Ausschluss der Beteiligung kann jedoch zu jeder Zeit im Verfahren widerrufen und der Personalrat und/oder ggf. die Schwerbehindertenvertretung hinzugezogen werden.

Anzeige einer Arbeitsüberlastung

Sehr geehrte*r _____ [direkte*r oder nächsthöhere*r Vorgesetzte*r]

- derzeit erlebe ich eine erhebliche Arbeitsüberlastung.
 ich befürchte, dass aufgrund der nachfolgend dargelegten Umstände in meinem Arbeitsbereich eine erhebliche Arbeitsbelastung unmittelbar bevorsteht.

Dies wird/wurde verursacht durch

- ungeplanten Personalausfall
 Urlaub von Personal
 unbesetzte Stelle im Bereich / in der Abteilung
 erhöhten Arbeitsanfall
 Nichteinhaltung der Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG
 einen akuten Notfall

Aus diesen Gründen ist es mir seit _____ nicht möglich / wird es mir nicht möglich sein,

- die anfallenden Arbeiten termingerecht zu erledigen.
- die erforderliche Qualität meiner Arbeitsleistung sicherzustellen.
- _____.

*Möglichst konkrete, anschauliche Beschreibung der bestehenden / drohenden Überlastungssituation in Bezug auf die eigene/n Arbeitstätigkeit/Aufgaben. (Erstreckt sich die Überlastung auf alle Aufgaben/Tätigkeiten oder betrifft sie bestimmte Aufgaben/Tätigkeiten/Teilbereiche?)**

*Befürchten Sie, dass durch die Arbeitsüberlastung Sie selbst/die eigene Gesundheit, die Funktionsfähigkeit oder die Sicherheit der Goethe-Universität oder Dritte gefährdet werden/wird? Wenn ja, bitte erläutern.**

*Welche anderen möglichen Folgen befürchten Sie aufgrund der Arbeitsüberlastung (z.B. Überschreitung von Fristen, Schäden etc.)? Bitte beschreiben Sie Ihre Befürchtungen möglichst konkret.**

Mit dieser Anzeige komme ich meiner Anzeigepflicht über bestehende, drohende oder voraussehbare unmittelbare Gefahren für Sicherheit und Gesundheit nach den §§ 15, 16 ArbSchG nach. Die Verantwortung für auftretende Fehler im Rahmen meiner Arbeitsleistung kann ich unter den beschriebenen Umständen nicht übernehmen. Dies gilt insbesondere für auftretende Schadensersatzforderungen.

Ich werde weiterhin versuchen, den mir übertragenen Aufgaben gewissenhaft und mit der erforderlichen Sorgfalt nachzukommen. Gerne bin ich bereit, an der Verbesserung der aktuellen Situation mitzuwirken.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Mit der Überlastung ist bereits ein anderes formales Verfahren (z.B. betriebliches Eingliederungsmanagement) der Goethe-Universität befasst.
- Ich habe im Vorfeld dieser Anzeige bereits mit meiner*meinem direkten Vorgesetzten ohne Erfolg ein Gespräch über die Überlastungssituation geführt.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

** Ggf. auf einem zusätzlichen Blatt näher ausführen und entsprechend als Anlage einschließlich ggf. weiterer in Bezug genomener Dokumente beifügen.*