



\_\_\_\_\_  
(Inst.Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Langstempel d. Inst.)

An die  
Personaladministration  
Fachbereich wiss. Personal

Bearbeiter\_in / Nebenstelle

Datum

**Betreff: Antrag auf Bemessung einer pauschalierten Infektions- bzw. Strahlengefährdungszulage**

Familien- und Vorname:			
Versicherungsnummer:			
Diensteigenschaft:			
Anspruchsbegründende Tätigkeit seit:		Beschäftigungsausmaß:	
Tägliches Mindestausmaß der Gefährdung in Stunden: (gemäß § 59 Kollektivvertrag)	> 2 bis 4 Stunden > 4 bis 8 Stunden		
Art der Tätigkeit:			
Art der Gefährdung: (mit Angabe, mit welchem infektiösen Material der_die Mitarbeiter_in beschäf-tigt bzw. welcher Strahlengefährdung ausgesetzt ist.)			

Der\_Die Projektleiter\_in:  
(nur bei Projektassistent\_innen)

Leiter\_in der Organisationseinheit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eingangsstempel
-----------------

Der\_Die Dekan\_in:

\_\_\_\_\_