

*Ihre Adresse  
Name  
ggf. Abteilung/Personalnummer  
Straße, Hausnummer  
PLZ, Ort*

*Anschrift Arbeitgeber  
Name  
Firma  
Straße, Hausnummer  
PLZ, Ort*

*[Ihr Ort], [Datum]*

### **Antrag auf zeitlich begrenzte Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit**

Sehr geehrte(r) *Frau/Herr [Name Arbeitgeber]*,

ich beziehe mich auf § 9a TzBfG und beantrage hiermit eine Verringerung meiner wöchentlichen Arbeitszeit von derzeit *[aktuelle Stundenzahl, z.B. 38]* Stunden auf zukünftig *[gewünschte zukünftige Stundenzahl, z.B. 25]* Stunden, beginnend ab dem *[Datum Beginn der Brückenteilzeit, z.B. 01.07.2019]* bis zum *[Datum Ende der Brückenteilzeit, z.B. 30.06.2021]*.

Die verkürzte Arbeitszeit von *[gewünschte zukünftige Stundenzahl, z.B. 25 Stunden]* sollte sich so verteilen, dass ich *[Beschreibung der gewünschten Zeitverteilung, z.B. von Montag bis Freitag von 8 bis 13 Uhr]* arbeite.

Bitte lassen Sie mir eine schriftliche Bestätigung zukommen. Gern stehe ich Ihnen auch für ein klärendes Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

-- Unterschrift --

*[Ihr Name]*