Landesamt für Gesundheit und Soziales – LAGuS
Abteilung Arbeitsschutz

Standort Schwerin

Friedrich-Engels-Str. 47
 19061 Schwerin

Tel.: 0385 588-59962

E-Mail:

poststelle.arbsch.sn@lagus.mv-regierung.de

Standort Rostock

Friedrich-Engels-Platz 5-8
 18055 Rostock

Tel.: 0385 588-59952

E-Mail:

poststelle.arbsch.hro@lagus.mv-regierung.de

Standort Stralsund

Frankendamm 17
 18439 Stralsund

Tel.: 0385 588-59982

E-Mail:

poststelle.arbsch.hst@lagus.mv-regierung.de

Standort Neubrandenburg

Neustrelitzer Straße 120
 17033 Neubrandenburg

Tel.: 0385 588-59972

E-Mail:

poststelle.arbsch.nb@lagus.mv-regierung.de

Antrag auf Bewilligung der Beschäftigung von Arbeitnehmern an Sonn- und Feiertagen gemäß § 13 Abs. 3 Nr. 2.b) Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

Hinweis:

Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn besondere Verhältnisse zur Verhütung eines unverhältnismäßigen Schadens die Beschäftigung von Arbeitnehmern an Sonn- und / oder Feiertagen erforderlich macht. Die Ausnahmemöglichkeit ist auf bis zu **fünf** Sonn- und Feiertage im Kalenderjahr begrenzt.

Datum der Beschäftigung von Arbeitnehmern:	
Name und Anschrift der Firma:	
Tel.-Nr.:	
Fax-Nr.:	
E-Mail: Bitte nur angeben, wenn Sie einer Zustellung des Bescheides per E-Mail zustimmen!	
Zahl der zu beschäftigenden Arbeitnehmer:	
Art der Arbeiten und Beschreibung der Tätigkeiten:	
Anschrift des Beschäftigungsortes:	
Arbeitszeit für den beantragten Tag: (Beginn / Ende)	
An wie vielen Sonn- / Feiertagen wurden bereits Arbeitnehmer gemäß § 13 (3) Nr. 2.b) ArbZG beschäftigt?	

Landesamt für Gesundheit und Soziales – LAGuS
Abteilung Arbeitsschutz

Begründung des Antrages:	
Legen Sie dar, welche besonderen Verhältnisse dazu führten, dass Sonn- / Feiertagsarbeit erforderlich ist. Bitte fügen Sie entsprechende Belege bei!	
Wurden Maßnahmen eingeleitet um Sonn- / Feiertagsarbeit zu verhindern?	ja nein
Wenn ja, welche?	
Wenn nein, weshalb nicht? (Sind die Arbeiten aufgrund bestimmter Abläufe vorgeschrieben?)	
Legen Sie dar, welcher unverhältnismäßige Schaden bei einer Nichtbewilligung des Antrages für Ihre Firma entsteht. (z. B. Angaben über Vertragsstrafen, Kunden- oder Auftragsverlust, Verlust von Arbeitsplätzen, Existenzgefährdung, Produktionsausfall, Nichteinhaltung von Auflagen usw.) Bitte fügen Sie entsprechende Belege bei!	
Betriebs- oder Personalrat vorhanden nicht vorhanden	Zustimmung: ja nein Name: Datum: Unterschrift:

Ort

Datum

Name

.....
Unterschrift des Arbeitgebers