*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]*