

Individuel aftale om PLUSTID

Navn	Cpr.nr.
	Stilling
	Institution/Regionshospital/Afdeling

Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid før indgåelse af aftale om PLUSTID	Timer
Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid iht aftale om PLUSTID	Timer
Ikrafttrædelsestidspunkt	Dato
Sluttidspunkt (hvis aftalen er midlertidig)	Dato

Bemærkninger

Denne individuelle aftale om PLUSTID kan af såvel den ansatte som arbejdsgiveren opsiges i henhold til funktionærlovens bestemmelser.

Ved underskrift på denne aftale bekræftes, at parterne har indgået en frivillig aftale om PLUSTID i henhold til overenskomstens bestemmelser.

Honorering i henhold til overenskomstens bestemmelser.

Ved aftalens ophør vender medarbejderen tilbage til den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid, som var gældende forud for aftalens ikrafttrædelsestidspunkt med mindre andet er aftalt.

HR / Løn- og personalefunktionen sender kopi af skemaet til respektive TR.

Dato	Medarbejders underskrift
------	--------------------------

Dato	Leders underskrift
------	--------------------

NB! Skemaet indsendes til den HR / Løn- og personalefunktion, der betjener arbejdspladsen.