

Meldung Nebenbeschäftigung / öffentliches Amt

Angaben Mitarbeiter*in			
Nachname		Pers.-Nr.	
Vorname		Geburtsdatum	
MB/Klinik/Institut/DIR		Funktion	

Angaben über die Nebenbeschäftigung / das öffentliche Amt	
Bezeichnung der Tätigkeit der Nebenbeschäftigung	
Name Arbeitgeber*in der Nebenbeschäftigung	
Adresse Arbeitgeber*in der Nebenbeschäftigung	
Tätigkeitsaufnahme per	
Dauer (unbefristet oder Datum)	
Zeitaufwand der Nebentätigkeit	<input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich
Genauere Angabe des Zeitaufwandes in Minuten/Stunden	Stunden Minuten pro obig angekreuzter Häufigkeit

Werden für die Ausübung Ihrer Nebentätigkeit eine der folgenden Punkte beansprucht:
<input type="checkbox"/> Arbeitszeit des USZ wird beeinflusst/beansprucht <input type="checkbox"/> USZ Infrastruktur wird verwendet <input type="checkbox"/> USZ Personal wird benötigt
Wenn Sie mind. eine der oben erwähnten Punkte angekreuzt haben, bitten wir Sie um eine detaillierte Präzisierung, wie und in welcher Form der zutreffende Punkt beansprucht wird.
<input type="checkbox"/> Es wird keine Arbeitszeit, Infrastruktur oder USZ-Personal für die Ausübung meiner Nebentätigkeit benötigt

Unterschrift Mitarbeiter*in	
<i>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit meiner Nebenbeschäftigung die Rahmenbedingungen der «Weisung Nebenbeschäftigungen und öffentliche Ämter» einhalte.</i>	
Datum	Unterschrift

Unterschrift Vorgesetzte*r

Die/der direkte Vorgesetzte bestätigt mit Unterschrift, dass die Zulässigkeit der Nebenbeschäftigung (gemäss [Weisung Nebenbeschäftigungen](#) Ziffer 3.) insbesondere die Einhaltung der Höchstarbeitszeit geprüft und als gegeben beurteilt worden ist. Allfällige Massnahmen zur Einhaltung der Höchstarbeitszeit wurden mit der/dem Mitarbeiter*in besprochen.

Für Klinik- und Institutsdirektor*innen gilt: Unterschrift Medizinbereichsleiter*in

Für Medizinbereichsleiter*innen gilt: Unterschrift Direktor*in ADI

Name, Vorname VG		
Datum		Unterschrift:

Bitte komplett ausgefülltes und von allen Parteien unterzeichnetes Formular digital senden an:

hrservices@usz.ch / (Postweg: Universitätsspital Zürich, HR Service Center, Rämistrasse 100, 8091 Zürich)

----- wird von HRM geprüft -----

Nebenbeschäftigung ist gemäss Reglement bewilligungspflichtig: Ja Nein

SEC: Mail an MA und VG zur Kenntnisnahme erledigt Ja

Unterschrift Bewilligungsinstanz / Direktor*in HRM

Name, Vorname		
Datum		Unterschrift