



Name, Vorname:

(ggf. Einrichtung/Institut):

Anschrift:

Telefonnummer:

(ggf. Nr. Stellenausschreibung):

Erklärung zur Beteiligung des Personalrats für das wissenschaftliche Personal an der Universität Greifswald

Hiermit erkläre ich, dass der Personalrat für das wissenschaftliche Personal an der Universität Greifswald in allen mich betreffenden Personalangelegenheiten gemäß Personalvertretungsgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern beteiligt werden soll.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann. Die Beteiligung kann auch bei einer einzelnen Maßnahme der Dienststelle¹ zurückgezogen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

¹ **Bitte zurück an:**

Universität Greifswald

Referat Personal

Domstraße 14, 17489 Greifswald

Die unterschriebene Erklärung wird in Kopie anschließend durch das Referat Personal an den Personalrat für das wissenschaftliche Personal gesendet.