

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Einrichtung:

An:

Zur Kenntnis an:  
Referat Personal, Domstraße 14, 17489 Greifswald

Datum

---

## Überlastungsanzeige

die nachfolgend beschriebene Überlastung in meiner Tätigkeit zeige ich Ihnen an, um negative Folgen für die Dienststelle und mein Arbeits-/Dienstverhältnis zu vermeiden.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass mögliche Fehler oder Mängel in meiner Tätigkeit aus der nachstehend geschilderten Überlastung resultieren und wegen der nachstehenden Gründe nicht von mir zu verantworten sind.

Sowohl eventuelle Ansprüche auf Regress von Seiten Dritter als auch arbeits- bzw. dienstrechtliche Sanktionsmaßnahmen weise ich vorsorglich zurück.

Ausgeübte Tätigkeiten/Dienstposten:

Konkrete Benennung der Überlastungsmerkmale einschließlich Beginnzeitpunkt:

Gründe für die Arbeitsüberlastung:

Veranlasste ergebnislose Maßnahmen zur Verbesserung der Situation:

Dienstliche Folgen aufgrund der Arbeitsüberlastung:

Persönliche Folgen aufgrund der Arbeitsüberlastung:

Meine Ausführungen werden bestätigt von:

Meine Ausführungen können belegt werden durch (z.B. Dokumente, Nachweise):

Ich bitte um baldige geeignete Maßnahmen zur Arbeitsentlastung und bin gern bereit, an der Verbesserung der gegenwärtigen Situation mitzuarbeiten.

Geeignete Maßnahmen zur Änderung der Arbeitsüberlastung können sein:

Einer Rücksprache (ggf. in Anwesenheit eines von mir zu benennenden Personalratsmitgliedes) stimme ich nach terminlicher Vereinbarung zu.

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift

Anlagen (z.B. Dokumente, Nachweise)