Antrag auf Arbeitsfreistellung/Dienstbefreiung aufgrund Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe im Kontext - Covid-19 -

☐ Antrag auf Freistellung vom pädagogischen/pflegerischen Dienst (LK, päd. FK, BK, FD,...)

☐ Antrag auf Freistellung vom Dienst in der Verwaltung, Hauswirtschaft, Haustechnik

Antrag Arbeitnehmer/-in

1. Personenbezogene Angaben:

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Tätigkeit	Dienstort

2. Grund des Freistellungsantrages:

Zugehörigkeit zu einer folgenden Risikogruppe (bitte ankreuzen):

☐ **Person mit relevanter Vorerkrankungen (Bitte ärztliches Attest beifügen !)**

- Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems
- Chronische Erkrankungen der Lunge
- Patienten mit chronischer Lebererkrankungen
- Patienten mit Diabetes mellitus
- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem, z.B. aufgrund einer Erkrankung oder regelmäßiger Einnahme von Medikamenten, wie Cortison,...

☐ **Person über 60 Jahren** *

☐ **Person, die mit anderen Menschen mit relevanten Vorerkrankungen oder einer Schwangeren in häuslicher Gemeinschaft leben.** * **(Bitte ärztliches Attest beifügen !)**

☐ _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift Antragssteller

* Eine Freistellung aufgrund dieser Risikolage ist nur für die refinanzierten Lehrkräfte des Landes Baden-Württemberg möglich, nicht für alle anderen Berufsgruppen im Arbeitsverhältnis mit der RSW-OWH gGmbH.

Name Antragssteller*in: _____

Stellungnahme Bereichs- / Betriebsleitung / ggf. Geschäftsführung

Bei der antragstellenden Person handelt es sich um

☐ eine refinanzierte Lehrkraft des Landes Baden-Württemberg

☐ eine/n Arbeitnehmer/-in im Angestelltenverhältnis

Arbeitsplatzbeschreibung:

Ergebnis:

☐ Die antragstellende Person ist für die Dauer der Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg von der Präsenzpflicht an der Dienststelle entbunden und kommt ihrer Dienstverpflichtung nach Möglichkeit von zu Hause aus nach.

☐ Die Sachlage erfordert zur Entscheidung eine betriebsärztliche Stellungnahme im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes.

☐ Eine Arbeitsfreistellung / Dienstbefreiung wird nicht genehmigt. Die betrieblichen Covid-19 Schutzmaßnahmen (Abstandsgebote, Hygieneregeln,...) sind zu beachten.

Ort, Datum

ggf. Unterschrift Bereichsleitung

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsleitung / Geschäftsführung

Name Antragssteller*in: _____

Stellungnahme Betriebsärztlicher Dienst

Beurteilung und Risikobewertung:

☐ Die Tätigkeit / der Arbeitsbereich ist grundsätzlich geeignet. Es sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

☐ Die Tätigkeit / der Arbeitsbereich kann mit folgenden Schutzmaßnahmen / unter Änderung der folgenden Arbeitsbedingungen beibehalten werden:

☐ Der Arbeitsbereich / die Tätigkeit ist grundsätzlich ungeeignet, da jede Tätigkeit mit einer unverantwortlichen Gefährdung /risikobehafteten Ansteckungsgefahr verbunden ist.

Eine Arbeitsfreistellung / Dienstbefreiung

für eine Dauer von _____ Wochen

bis zum _____ wird empfohlen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel (Betriebsarzt)

Stellungnahme II Geschäftsführung

☐ Antragssteller*in ist bei ihrer/seiner bisherigen Tätigkeit / in ihrem/seinem bisherigen Arbeitsbereich Gefährdungen ausgesetzt.

Erforderliche Schutzmaßnahmen:

Name Antragssteller*in: _____

☐ Der Arbeitsbereich ist grundsätzlich ungeeignet, da jede Tätigkeit mit einer unverantwortlichen Gefährdung verbunden ist. Da eine Umgestaltung dieses Arbeitsplatzes durch Schutzmaßnahmen nicht erreicht werden kann, wird eine Umsetzung auf folgenden Arbeitsplatz veranlasst:

_____

Erforderliche Schutzmaßnahmen:

☐ Im Unternehmen bestehen keine Möglichkeiten einer Weiterbeschäftigung. Daher erfolgt eine **vollständige befristete Freistellung** von/vom Antragssteller*in (betriebliches Beschäftigungsverbot) ab dem

Datum: _____ Wiedervolage: _____

☐ Maßnahmen seitens des Arbeitgebers sind im vorliegenden Fall nicht erforderlich, da von/vom Antragssteller*in über ein **vollständiges ärztliches Beschäftigungsverbot** vorgelegt hat.

Wiedervolage: _____

Ort, Datum — Unterschrift Geschäftsführung

Antragsteller*in wurde über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die festgelegten Maßnahmen informiert.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Kenntnisnahme **Betriebsrat**:

Ort, Datum — Unterschrift Betriebsrat

Kenntnisnahme **Beschäftige/r**:

Ort, Datum — Unterschrift Beschäftigte/-r