|  |
| --- |
| **GESUCH UM ARBEITSZEITBEWILLIGUNG (Pikettdienst, neu)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gesuchsteller** | Betriebs-standort-Nr. (BUR) |  | **Staatssekretariat für Wirtschaft SECO**ArbeitsbedingungenArbeitnehmerschutz ABASHolzikofenweg 363003 Bern |
| Kontaktperson |       |  |
| Telefon |       |  |
| E-Mail |       |  |
| E-Mail Betrieb / HR |       |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firmenname und Betriebsstandort**                                | **Postadresse**                                | **Rechnungsadresse**                                |

Erläuterungen zum Ausfüllen finden Sie im Internet: [www.arbeitszeitbewilligung.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Arbeitszeitbewilligungen-in-Papierform/AZ-Bewilligung-Pikettdienst-Nacht-Sonntag.html)

**In Ihrem Betrieb oder Betriebsteil gültiger Nacht-/Sonntagszeitraum**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nachtzeitraum** | [ ]  | 23:00 – 06:00 |  oder  |  |
| **Sonntagszeitraum** | [ ]  | Samstag 23:00 – Sonntag 23:00 |  oder  |  |
| [ ]  | ***Verschiebung der Zeiträume: Das Einverständnis der Mehrheit der Arbeitnehmer oder deren Vertretung wurde eingeholt.*** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Neue Bewilligung** |

**Pikettdienst**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Nachtarbeit |
| [ ]  | Sonntagsarbeit |
| [ ]  | Feiertagsarbeit |
| [ ]  | ***Das Einverständnis der einzelnen Arbeitnehmer vor deren Einsatz in der Nacht und/oder am Sonntag wurde eingeholt.*** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gewünschte Bewilligungsdauer** |  von  |       |  bis |       | (max 3 Jahre) |
| **Betriebsteil(e)** |       |

|  |
| --- |
| **Begründung des Gesuches** [www.arbeitszeitbewilligung.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Arbeitszeitbewilligungen-in-Papierform/AZ-Bewilligung-Pikettdienst-Nacht-Sonntag.html) |
| [ ]  | Unentbehrlichkeit Technisch und/oder Wirtschaftlich (Art. 28, Abs. 1 und/oder 2 ArGV 1) ***Schriftlicher Nachweis erforderlich, z.B. mittels Fragebogen (Formular im Internet)*** |

|  |
| --- |
| **Medizinische Untersuchung und Beratung** (Art. 43-45 ArGV 1) |
| [ ]  | Haben Sie geprüft, ob die **obligatorische**, medizinische Eignungsuntersuchung (nach Art. 45 ArGV 1) für Nachtarbeit nötig ist? Informationen dazu finden Sie unter [www.arbeitszeitbewilligung.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nachtarbeit.html) |
|  |  |
| [ ]  | ***Wir bestätigen, dass die obligatorische medizinische Eignungsuntersuchung für Nachtarbeit vor Antritt zu einer in Art. 45 ArGV 1 genannten Tätigkeit und danach in Abständen von zwei Jahren durchgeführt wird.*** |

**Planung und Anzahl Arbeitnehmer gemäss des Unentbehrlichkeitsformular**

**Ort und Datum**

**Stempel und Unterschrift**