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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gesuchsteller** | Betriebs- standort-Nr. (BUR) |  | **Staatssekretariat für Wirtschaft SECO**  Arbeitsbedingungen  Arbeitnehmerschutz ABAS  Holzikofenweg 36  3003 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**