Antrag auf Schließberechtigung

Das Dezernat / Sachgebiet / Department 

beantragt eine Schließberechtigung für Herrn/Frau Beschäftigungsverhältnis:



   

Name Vorname 

 

Telefon E-Mail

Dienstort:  Hamm  Lippstadt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transponder vorhanden:  Ja (Erweiterung der Berechtigungen)

nein

Für folgende Gebäude / Bereiche / Räume sollen Schließberechtigungen vergeben werden:

Standort

Hamm  Lippstadt

Büroarbeitsplatz Raumnummer 

Allgemeine Räume der Abteilung / des Departments (Zugang, Copy, usw.)

Hörsäle und Seminarräume des angegebenen Standortes (H1.1 oder L2.1)

Weitere Berechtigungen  Ja  Nein

(siehe Tabelle Seite 2)

Die Berechtigung soll erteilt werden

befristet von \_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_  unbefristet

(gemäß Dienstvertrag) (Ablaufdatum gemäß Dienstaustritt)

Der Transponder steht dem o.g. Nutzer zur Verfügung und ist nicht übertragbar.

Der Verlust des Transponders ist unverzüglich dem Sachgebiet 2.3 anzuzeigen.

Der Schließberechtigte leistet bei Verlust oder Beschädigung des Transponders Ersatz (derzeit 50 €).

Beim Ausscheiden aus dem Dienst-/Arbeitsverhältnis bei der HSHL ist der Transponder dem Sachgebiet 2.3 zurück zugeben.

Der Antrag ist 5 Werktage vor Verwendung dem SG 2.3 zuzustellen.

Weitere Schließberechtigungen

Hinweis: Bei Räumen mit vom Antragsteller / Vorgesetzten abweichenden Verantwortlichkeiten, muss der jeweilige Raumverantwortliche zustimmen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Raumbezeichnung** | **Raumnummer** | **Name Verantwortliche/r** | **Unterschrift Verantwortliche/r** |
| 1 | Robotiklabor | L3.1 E02 180 | Prof. Schneider |  |
| 2 | Multifunktionslabor | L3.2 E02 050 | Prof. Göbel |  |
| 3 | Smart-Living-Labor | L3.3 E00 060 | Prof. Schneider |  |
| 4 | Smart-Living-Labor | L3.3 E00 040 | Prof. Schneider |  |
| 5 | Autonome Systeme | L3.3 E01 210 | Prof. Schneider |  |
| 6 | Mechatroniklabor | L3.3 E01 180 | Prof. Göbel |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |

 

Name Antragsteller Name des Vorgesetzten/Head of Department

(falls vom Antragsteller abweichend)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Datum, Unterschrift