

**BEKANNTGABE JOBSHARING**

**Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin:**

Titel und Familienname:

Vorname:

Geb.Datum: …………….

Ordinationsanschrift:

**Jobsharing-Partner / Jobsharing-Partnerin:**

Titel und Familienname:

Vorname:

Geb.Datum: …………….

Anschrift
(allfälliger Ordinationssitz):

**Begründung für das Jobsharing:**

[ ]  **Kinderbetreuung**

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes …………….

 [ ]  Das Jobsharing wird in mehreren getrennten Zeiträumen in Anspruch genommen.

 Wenn ja, bitte Angabe der Zeiträume:

[ ]  **Vorgriff auf Lehrpraxis\***

Abschlussdatum Zahnmedizinstudium Jobsharing-Partner:in (nicht länger als **zwei Jahre** zurückliegend):

ggf. Abschlussdatum Weiterbildung KFO Jobsharing-Partner:in (nicht länger als **zwei Jahre** zurückliegend):

\* Überschneidung bei Aufteilung der Kassenordinationszeiten möglich.

[ ]  **Altersteilzeit**

Ich **kündige** hiermit sämtliche Kassenverträge mit Wirksamkeit zum …………….

[ ]  **schwere Erkrankung / Berufskrankheit**

[ ]  **umfangreiche zahnmedizinische Fort- oder Weiterbildung**

[ ]  **sonstige Gründe:**

**Dauer des Jobsharings:**

Beginn: …………….

Voraussichtliches Ende: …………….

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit von Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin:

**Aufteilung der Kassenordinationszeiten zwischen Vertragsinhaber:in und Jobsharing-Partner:in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vertragsinhaber:in****von - bis** | **Jobsharing-Partner:in****von - bis** |
| **MO** |   |   |
| **DI** |   |   |
| **MI** |   |   |
| **DO** |   |   |
| **FR** |   |   |
| **SA** |   |   |

Aktuelle Nebenbeschäftigungen von Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin:

Datum ………………

Stempel und Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin bzw. Vertragskieferorthopäde/-orthopädin



Der/die Jobsharing-Partner:in erwirbt für die Zeit des Jobsharings Reihungspunkte ent-sprechend der Wiener Planstellenvergabevereinbarung.

**Der/die Jobsharing-Partner:in nimmt mit seiner/ihrer Unterschrift zur Kenntnis, dass ihm/ihr aus der Jobsharing-Vereinbarung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen, weiters dass ihm/ihr insbesondere kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Kasseneinzelvertrages erwächst.**

Datum ………………

Unterschrift Jobsharing-Partner:in



**Landeszahnärztekammer für Wien**1010 Wien, Kohlmarkt 11 / 6

Elisabeth Richter Tel. 05 05 11 - 1011

richter@wr.zahnaerztekammer.at