

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
(ggf.) Institut

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
(ggf.) Nr. des Stellenausschreibungsverfahrens

Universität Greifswald  
Dezernat 3  
Referat Personal  
Domstraße 14  
17489 Greifswald

## Erklärung zur Beteiligung des Personalrats

Hiermit erkläre ich, dass der Personalrat für das wissenschaftliche Personal an der Universität Greifswald in allen mich betreffenden Personalangelegenheiten gemäß Personalvertretungsgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern beteiligt werden soll.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann. Die Beteiligung kann auch bei einer einzelnen Maßnahme der Dienststelle zurückgezogen werden.

Greifswald, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Die unterschriebene Erklärung wird durch das Personalreferat in Kopie auch an den Personalrat für das wissenschaftliche Personal gesendet.**