

Formular für den Arbeitgeber zum Arbeitszeitnachweis/Beschäftigungsnachweis

Hiermit bestätige ich, dass Herr/ Frau _____
wie unten angegeben bei uns beschäftigt ist/ weitergebildet wird.

Arbeitgeber/Firma:		
Vorgesetzte(r):		Telefon:
Beschäftigungsgrad:		
Vollzeit ☐ _____ Stunden/Woche	Teilzeit ☐ Schichtdienst ☐ _____ Stunden/Woche	Ausbildung ☐ von _____ bis _____ (Datum)
berufl. Bildungsmaßnahme ☐ von _____ bis _____ (Datum)	Studium ☐ von _____ bis _____ (Datum)	Sonstiges ☐ _____ (Angabe der Beschäftigung) von _____ bis _____ (Datum)
Arbeitszeiten:		
Montag bis _____ Uhr	Dienstag bis _____ Uhr	Mittwoch bis _____ Uhr
Donnerstag _____ Uhr	Freitag bis: _____ Uhr	

(Datum, Unterschrift)

(Stempel der Einrichtung)