



Bestätigung über Arbeits-/Schulzeiten

Name, Vorname

Wohnhaft in

Befindet sich seit Monat / Jahr	<input type="checkbox"/> in unserem Unternehmen
	<input type="checkbox"/> in unserer Bildungsstätte

- Berufstätigkeit
- Selbständigkeit
- Teilnahme an einer Schul- oder Hochschulausbildung
- Teilnahme an einer Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des SGB II

Arbeitszeit: Die wöchentliche Arbeits- oder Ausbildungszeit gilt ab _____ und umfasst _____ Stunden und wird wie folgt bestätigt:

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
von							
bis							

- Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist im Schichtdienst beschäftigt Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden (**Nachweis: Dienstplan mit Beginn- und Endzeiten**)
- Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist Auszubildende/r und besucht zusätzlich eine Berufsschule

Name der Schule	
Schulzeiten (Beginn, Ende); Termine für Blockunterricht	

Einsatzort (falls abweichend von Firmenanschrift)

Bitte genaue Adresse der Arbeitsstelle und/oder Schulstätte angeben

Die Dauer des Beschäftigungs- bzw. Ausbildungsverhältnisses ist

<input type="checkbox"/> offen/unbefristet	<input type="checkbox"/> befristet bis:
--	---

Ort, Datum

Unterschrift

