

Arbeitgeberbescheinigung

- zum Antrag auf Notfallbetreuung am Geroldsecker Bildungszentrum –

Erziehungsberechtigter/ Arbeitnehmer

Name/ Vorname _____

Adresse _____

Alleinerziehend ja nein

Ich bin selbstständig oder freiberuflich tätig ja nein

Arbeitgeber

Beruf/ Funktion _____

Name, Anschrift des Arbeitgebers

Arbeitszeit des
Arbeitnehmers Wöchentliche Arbeitszeit _____

Regelmäßiger. Arbeitsbeginn _____

Regelmäßiges Arbeitsende _____

Schichtarbeit ja nein

Sind Homeoffice oder flexible Arbeitszeiten möglich?
 ja nein

Der/ die o.g. Mitarbeiter/in ist für den laufenden Betrieb
präsenzpflichtig und unabhkömmlich ja nein

Begründung: _____

Die Vollständigkeit und Richtigkeit oben gemachter Angaben wird bestätigt:

Datum, Stempel

Unterschrift Arbeitgeber/in

Ansprechperson –Telefon-Nr.